

吹田市福祉用具購入費支払請求書及び口座振込依頼書

吹田市長 宛

支払請求額			万	千	百	十	円

福祉用具購入費の支払を請求します。なお、支払については、下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

住 所

請求者

被保険者氏名
(自 署)

※本人が記入しない場合は、記名押印してください。

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座種別	口座番号						
金融機関コード	支店コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
フリガナ									
口座名義									
委任欄	※口座名義と被保険者名が異なる場合のみ、下記も記入してください。								
	福祉用具購入費の受領を上記の口座名義人に委任します。								
被保険者氏名 (自署)									
※本人が記入しない場合は、記名押印してください。									

記入内容に軽微な誤り(金額誤りは除く)があった場合は、吹田市が訂正することに同意します。

被保険者氏名
(自署)

※本人が記入しない場合は、記名押印してください。

(吹田市記入欄: 字抹消 字加入)

※注意事項

- ・上記に同意がない場合、内容訂正のために書類の再提出をお願いすることがあります。