

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		¥	9	0	0	0	0	円
-------	--	---	---	---	---	---	---	---

金額：空欄でも構いません。

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。

日付：空欄でお願いします。

令和 年 月 日

住 所 **吹田市泉町 1 - 3 - 4 0**

請求者

被保険者氏名 (自署) **吹田 太郎**

スタンプ印は不可
 ※本人が記入しない場合は、記名押印してください。

XXX	銀行 信用金庫 信用組合 農協	XXX	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	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	1	2	3	2 当座預金							
							3 その他							
フリガナ							スイタ タロウ							
口座名義							吹田 太郎							
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。													

委任欄：口座名義が被保険者本人以外の場合のみ、記入をお願いします。

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) **吹田 太郎**

※本人が記入しない場合は、記名押印してください。

スタンプ印は不可

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。

(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。