

吹田市代理受領に係る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、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

令和 年 月 日

請求者 (委任者) 住 所 _____

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。

住 所 _____

事業者 (受任者) 名 称 _____

代表者氏名 _____

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								

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。