

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
		9	0	0	0	0

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、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

日付：空欄でお願いします。 令和 年 月 日

請求者 (委任者) 住 所 吹田市泉町 1 - 3 - 4 0

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

事業者 (受任者) 住 所 吹田市泉町〇-〇-〇

名 称 株式会社 △△△

代表者氏名 代表取締役 千里 花子

事業者：振込を受ける事業者の住所、名称、代表者役職、代表者氏名を記載してください。

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							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							
フリガナ				カブシキカイシャ △△△ ダイエイウトリシマリヤク センリハナコ										
口座名義				株式会社 △△△ 代表取締役 千里 花子										

振込を受ける事業者の口座を記載してください。

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) 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。