

(被認定者用)

# 口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹田市会計管理者 へ

依頼人 住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(被認定者との続柄 )

公害健康被害の補償等に関する法律に基づく補償給付の支払いについては、下記の口座に振込みしていただくよう依頼します。

振込先	銀行			支店
預金科目	普通・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				

- (注) 1 被認定者が満15才以上の方は、必ず本人名義の口座を使用してください。  
2 印鑑は、朱肉で鮮明に押して下さい。

被認定者	認定番号	(吹)	生年 月日	明治	年 月 日
	氏名			大正	
	住所				