

請 求 書

--	--	--	--	--	--

 円

介護保険償還払い分介護給付費として

年 月 日

宇部市長 様

請求者住所 _____

請求者氏名 _____
(署名)

電話番号 _____

金融機	金融機関名		店舗名	
	金融機関コード		店舗コード	
口	種目 1. 普通 2. 当座 3. その	口座番号		
口座名義人	フリガナ			
	漢字			

※本人名義の口座に限る。
※既に市に登録済みの口座が有る場合は同一の口座を使用すること。

事務担当者 本人 (連絡先 同上)