

様式第8号

日常生活用具公費支払請求書

(あて先) 福岡市長

支払請求額								円
-------	--	--	--	--	--	--	--	---

平成 年 月 日付 福介第 号で給付決定を受けた日常生活用具の公費負担額の支払を請求します。上記金額を下記に振込んでください。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

振込先 金融機関名	銀行 農協	支店 本店
預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○で囲んで下さい。)	
フリガナ		
口座名義		
口座番号		

【記入上の注意事項】

- 振込先の口座名義名は、日常生活用具給付決定通知書の宛名人と同じ名義に限ります。
- 郵便局及び漁業共同組合へは振込できません。その他の金融機関を指定してください。
- 押印は鮮明をお願いします。シャチハタネーム等は無効となります。
- 訂正されるときは、訂正印を押してください。