

様式第9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
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

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。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

振 込 先 金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合・漁協	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。