

令和 年 月 日

焼津市高齢者保健福祉用具給付請求書

（宛先）焼津市長

（請求者）

所在地

名称

印

代表者の氏名

印

電話

保健福祉用具の給付を行いましたので、下記のとおり請求します。

記

請求金額（公費負担額）		円	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 支所 出張所
	預金種類	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

※給付券を必ず添付してください。