

## 福祉医療費（老）受領委任書

福知山市長様

私が、福知山市から受け取る福祉医療費（老）の受領について、下記の者に委任します。

年 月 日

（申請者）

住 所 福知山市

氏 名

（受取人）

住 所

氏 名

申請者との続柄（ ）

〈振込口座〉

振込先 金融機関	銀 行 信用金庫 協同組合 ( )	本店 支店
預金種別	普通 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		