

# 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																