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 〉

<table>
<tr><td>振　込　先
金 融 機 関</td><td colspan="8">銀　　行
信 用 金 庫
協 同 組 合
（　　）</td><td colspan="7">本　店
支　店</td></tr>
<tr><td>預 金 種 別</td><td colspan="3">普　通
当　座</td><td colspan="3">口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="15"></td></tr>
</table>