

宇治市長宛

委任状

(委任者) 住所

氏名

_____ 印

私は下記受任者を代理人と定め、宇治市から支払を受ける福祉医療費・健康管理費・子育て支援医療費の受領に関する権限を委任します。

(受任者) 住所

氏名

_____ 印

口座振替払依頼書

(依頼者) 住所

氏名

_____ 印

電話番号 (- -)

宇治市から支払を受ける福祉医療費・健康管理費・子育て支援医療費については、
年 月 日以降、地方自治法第232条の5第2項及び同施行令第165条の2の規定に基づき、下記金融機関の預金口座へ振り込むようお願いします。なお、金融機関との取引を停止した時、又は、この依頼書の内容を変更した時は、直ちに通知します。

記

| | | |
|---------------|----------------------|--------------|
| 金融機関名 (店名) | 銀行 金庫 | 本店 支店・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座・その他 () | |
| 口座番号 (右詰め) | _____ | |
| 口座名義 | (カタカナ) | |
| | 氏名 | |

※依頼者ご本人様名義の口座に限ります。

(事務処理欄)

(制度番号： 受給者番号：)