

七戸町長 様

令和 年 月 日

住所

氏 名

(署名または記名押印)

介護保険福祉用具購入費について、下記金額のとおり請求いたします。

請求額 円

所在地

受任者
(登録事業者)

事業所名

代表者氏名

担当者氏名

連絡先

上記の金額を下記の金融機関口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄 (郵便局以外)	銀行 信用組合 信用農協				本店支所			種 目	口座番号
	金融機関コード				店舗コード			普 通 その他 ()	
	フリガナ								
	口座名義人								