

請 求 書

年 月 日

留萌市長 様

年 月分傷病手当金として請求します。

金 _____ 円

千 一

留萌市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番地 _____ 号

請求者(世帯主又は相続代表) 方書：

氏名 _____ (印)

電話番号 (_____) _____

①、②どちらかを選んで○で囲ってください。											
マイナンバーに登録している公金受取口座への振込を											
① 希望します。(以下記入不要) ※市外の方は口座を記入してください											
② 希望しません。登録していません。(以下に振込先口座を記入)											
金融機関 (○で囲う)	留萌信用金庫・北洋銀行・北海道銀行・ゆうちょ銀行 その他(_____ 銀行・金庫・組合)							店名	本店 支店		
口座種別 (○で囲う)	普通・当座・その他(_____)										
口座名義 (カタカナ記入)											
店番号・口座番号				—							

- ・ 世帯主の口座をカタカナで記入してください。
- ・ ゆうちょ銀行を指定される方は、通帳下部に記載されている他行からの振込用の店番(3桁)と口座(7桁)を記入してください。