様式第４号

損害補償費送金依頼書

福島県市町村総合事務組合　管理者

年　　月　　日

市町村長名

年　月　日付け　　福総組第　　号で公務災害と認定された　　　　　　に係る損害補償費については、下記関係医療機関等の口座に送金願います。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 送　　金　　先 | | | | |
| 1 | 名称 | |  | | |
| 銀行・金庫・農協　　　　　　支店 | | | | |
| 預金種別 | | □普通預金　　□当座預金 | 口座番号 |  |
| 預金　名　義 | 〒　　　　　　　住所 | | | |
| 口座名義  カナ | | | |
| 2 | 名称 | |  | | |
| 銀行・金庫・農協　　　　　支店 | | | | |
| 預金種別 | | □普通預金　　□当座預金 | 口座番号 |  |
| 預金　名　義 | 〒　　　　　　　住所 | | | |
| 口座名義  カナ | | | |

　　【注意事項】

　　　１　該当する区分に〇印又は該当する□に✓印を記入すること。

　　　２　初回請求の際に、預金通帳の写（金融機関の名称、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる部分）を添付すること。

　　　　　ただし、送金先が医療機関等（病院、薬局、整骨院等）の場合は、口座届出書（様式第４号の２）を預金通帳の写に代えることができます。