

銀行・信金 信組・農協	本店 支店	左記の預金口座へ振込みくださるよう依頼します。 年 月 日 (あて先) 昭 島 市 長
----------------	----------	--

年 月 日 (あて先) 昭 島 市 長

振全	込額								
----	----	--	--	--	--	--	--	--	--

郵便番号	電話
------	----

住所	
----	--

[illegible]

氏名 _____ 文 _____

年 月 日

昭島市指定金融機関

預	1.普通預金	口							
---	--------	---	--	--	--	--	--	--	--

达先	项目		品号							
----	----	--	----	--	--	--	--	--	--	--

融機	口	
----	---	--

	名義	
--	----	--

介護予防ケアマネジメント費

(担当課)	保健福祉部介護福祉課
-------	------------

- ・金額の訂正はできません。
- ・振込口座は依頼人の口座に限ります。