

振込先金融機関	<div>〇〇</div> <div>銀行 信金</div> <div>信組・農協</div> <div>〇〇</div> <div>本店</div>								左記の預金口座へ振込みくださるよう依頼します。														
	預金種目		口座番号		1	2	3	4	5	6	7	振込金額		十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
	①普通預金																		¥	4	3	0	0
	2.当座預金																						
口座名義	(フリガナ)										郵便番号				電話								
	アキシマ タロウ										196-0014				042-544-5111								
依頼人	(名義)										住所				依頼								
	昭島 太郎										昭島市田中町〇-〇〇-〇				社会福祉法人〇〇								
請求内訳												氏名				昭島 太郎							
昭島市〇〇地域包括支援センター 介護予防ケアマネジメント費												* 依頼人の印は請求書と同一のものを押してください				上記金額の小切手を受領しました。							
納入先 (担当課)		保健福祉部介護福祉課										年 月 日				(あて先) 昭島市会計管理者 昭島市指定金融機関							

- ・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。

\* 依頼人の印は請求書と同一のものを押してください。

上記金額の小切手を受領しました。

年 月 日

(あて先)

昭島市会計管理者

昭島市指定金融機関