

支払金口座振替依頼書

振込口座は依頼人の口座に限りません。
金額の訂正はできません。

振込先金融機関	○○ 銀行 信金 信組・農協								○○ 本店 支			左記の預金口座へ振込みくださいと依頼します。										
	預金種目	1 普通預金	2.当座預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	振込金額	年	月	日	(あて先) 昭島市長						
														¥	4	3	0	0				
	(フリガナ) アキシマ タロウ											郵便番号	196-0014		電話	042-544-5111						
	(名義) 昭島 太郎											依頼人	住所 昭島市田中町○-○○-○ 社会福祉法人○○ 地域包括支援センター○○○○									
												氏名	昭島 太郎									
												文書依頼 										
請求内訳 昭島市○○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										

