

支払金口座振替依頼書

・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。

振込先金融機関	銀行・信金 信組・農協										本店		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																	
	預金種目	1.普通預金 2.当座預金	口座番号								振込金額											郵便番号	電話							
	口座名義	(フリガナ)										住所		依頼人																
	(名義)										氏名		文書依頼 Ⓜ																	
請求内訳																														
介護予防ケアマネジメント費																														
納入先 (担当課)		保健福祉部介護福祉課																												

* 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

