

口座振込依頼書

市川市会計管理者

年 月 日

申 請 者	住所		
	フリガナ		続柄
	氏名	印	
	電話	()	

本人氏名

生年月日 年 月 日

本人住所

福祉サービスに関連する手当・助成金等は、下記の口座に振込を依頼します。

【業務名】 市川市難病患者等福祉手当

【口座振込依頼】 No. _____

銀行名			支店名			店番号	
種目	普・	口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				

【口座変更依頼】

銀行名			支店名			店番号	
種目	普・	口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				

口座を変更する時は、口座利用状況を参考にしてください。

【口座利用状況】

年 月 日現在

1	銀行名			支店名			店番号	
	種目		口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				
	事業名							
2	銀行名			支店名			店番号	
	種目		口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				
	事業名							
3	銀行名			支店名			店番号	
	種目		口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				
	事業名							
4	銀行名			支店名			店番号	
	種目		口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				
	事業名							
5	銀行名			支店名			店番号	
	種目		口座 番号	口座名義人 (カタカナ)				
	事業名							