口 座 振 替 申 出 書

年 月 日

請求者 住 所______

登録施設名 _____

		代表者氏名	印
市川市はり、	きゅう、マッサー	ジ施術給付金については、下記	- 口座へ振込を
お願いいたしま		V NETHALITA ELLE PARTICIONE PARTICIONE PARTICIONE PARTICIONE PARTICIPANTE PARTICIPA	
	口座名義人	住所 氏名	
	振込口座	銀行	
	種 別	口座番号	
	フリガナ 口座名義_		
※口座名義	を人は、代表者の		である。