

担 合 主 主 主 課
当 議 任 査 幹 長
会計管理者

登 録	記 番 号	第	号	係員
	年 月 日	年	月	



口 座 振 替 依 頼 書

私が、行田市から受ける下記 (1) の支払金は、当該下欄 (2) に記した預金口座へ口座振替の方法で支払って下さい。

- 1 支払金の種別、内容 訪問介護サービス利用者負担額助成
- 2 振替する預金口座

振替先金融機関の名称	銀行	店
預 金 の 種 別	1 普通預金	2 当座預金 (どちらか○で囲む)
預金口座の記号、番号	第	号
預 金 口 座 の 名 義	(フリガナ)	

年 月 日

通帳 確認	
----------	--

債権者住所 行田市

氏 名

電 話 () 番

行 田 市 会 計 管 理 者 様

委 任 状

上記の口座振替依頼書による支払金に対し、その受領権限を預金口座の名義人に委任致します。

債 権 者
委任する者