

見本

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			

記入不要

受付印

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	〇〇〇 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	1234567 号
預金口座の名義	① 行田 太郎	(フリガナ) ギョウダ タロウ

年 月 日

押印不要

通帳
確認

提出する日をご記入ください。

訪問介護サービスを利用している方の氏名をご記入ください。

債権者住所

行田市 本丸2-5

氏名

② 行田 太郎

電話 048 (556) 1111 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

① 預金口座の名義 と ②氏名 が異なる場合は、②氏名 と同じ名前をご記入ください。