

第37号様式乙  
(会第76条)

## 支払金口座振替依頼書

担当課		
年	月	日
係員	係長	課長

- ・本様式への記載内容は、当区における支払・収入事務以外には利用しません。
- ・訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等できません。

備考  
一 本様式は、同一年度間を通じて口座振替の依頼をする場合に使用してください。  
二 本様式に使用する印は、請求書に使用するものと同一印にしてください。

支払金の内容		新型コロナワクチン接種費用								
振 込 口 座	金融機関	●●●●	銀行・信用金庫 信用組合	●●	支店 出張所					
	預金種目	1 普通 2 当座	※口座番号 (右づめ)	1	2	3	4	5	6	7
	口座カナ	オオタクリニック								
	※口座名義	大田クリニック								
<p>私が今後大田区から受ける支払金については、取消しの申出をしない限り上記口座に振り込んでください。 (宛先) 大田区長 提出日 令和6年4月●日</p> <p>依頼人 郵便番号 144-8621</p> <p>住 所 大田区蒲田 5-●-●</p> <p>電話番号 03 (5744) ●●●●</p> <p>※氏 名 大田クリニック 院長 ●● ●●</p>										
<p>印 鑑 〔請求書に使用する印〕 〔スタンプ印等は不可〕</p>										

備考 本様式は、会計管理者と協議の上、内容の一部を変更することができる。

口座名義と氏名は、  
同一にしてください。

