

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・削除等はできません。

備考 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。  
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		大田区物価高騰における障害福祉サービス事業所・施設に対する支援金									
振込口座	金融機関	蒲田		銀行 信用金庫 信用組合	大田		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	シャカイフクシホウジン ショウガイフクシカイ									
	※口座名義	社会福祉法人 障害福祉会									
<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 年 月 日</p> <p>依頼人</p> <p>郵便番号 144-8621</p> <p>住所 大田区蒲田5-13-14</p> <p>電話番号</p> <p>※氏名 社会福祉法人 障害福祉会 理事長 大田 太郎</p>											

印鑑  
(請求書に使用する印  
スタンプ印等は不可)

代表者の印

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。

氏名は交付申請書の代表者氏名  
と同一氏名としてください。

交付申請書と同一の印を押  
印してください。

代表者の印