

口座振込申出書

(宛先) 沼津市長

年 月 日

〒

住 所

(所在地)

氏 名

(代表者氏名)

印

※自署の際は

押印不要です。

生年月日 (個人のみ)

年 月 日

私が沼津市から受ける支払金については、下記のとおり銀行振込によりお願いします。
この依頼に基づいて振込がなされたときは、受領したものとします。

記

1 支払金の内容 精神障害者医療費助成金

対象者氏名

2 振込先金融機関

金融機関名称	銀行		営業部		
	金庫		支店・所		
コード	農協		出張所		
預金の種類	1 普通 (総合口座含む)	口座番号 (右詰め)			
	2 当座				
(フリガナ)					
口座名義人					