**【 見 本 】**

支払金口座振替依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金　融  機　関 | | | 銀　　行  **○○○** 信用金庫  信用組合　　　**△△**　支店 | | | **←*ゆうちょ銀行の場合の支店名は、〇八四　支店といったように漢数字で記入してください。***  ***口座番号は７ケタの数字をご記入ください*** | | | | | | | | | | | |
| 振　　込　　口　　座 | 預金種別 | 普通　当座　貯蓄  （○で囲む） | | 口座番号 | **１２１２３４５** | 請　求  金　額 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十  **\** | 万  **1** | 千  **1** | 百  **2** | 十  **3** | 円  **4** |
| (フリガナ)  **スミダ　ハナコ** | | | | |
| 請求金  の内容 | 墨田区予防接種費用助成金 | | | | | | | | | | |
| (氏　　名)  **墨田　花子** | | | | |
| 請求金額は、左記の口座に振り込んでください。  ~~年　　月　　日~~  墨田区長　様　　　　***↑記入しないでください。***  依頼人住所　　**墨田区吾妻橋１－２３－２０**  氏名　　　**墨田　花子** | | | | | | | | | | | |
| (住　　所)　　　　(電話　　**03**　－　**5566**　　－　**7788**　　)  **墨田区吾妻橋１－２３－２０** | | | | |
| 主管課  係　名 | | | 保健予防課 | | |
| ***口座名義人・依頼人は「予防接種費用助成 →***  ***金請求書」と同じ方を記入してください。*** | | | | | |

（お願い）

①　金融機関は支店名まではっきりと記入してください。

②　金額の頭には必ず￥の記号を記入してください。

③　振込口座は依頼人の口座に限ります。

✂

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金　融  機　関 | | | 銀　　行  信用金庫  信用組合　　　　　支店 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 振　　込　　口　　座 | 預金種別 | 普通　当座　貯蓄  （○で囲む） | | 口座番号 |  | 請　求  金　額 | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| (フリガナ) | | | | |
| 請求金  の内容 | 墨田区予防接種費用助成金 | | | | | | | | | | |
| (氏　　名) | | | | |
| 請求金額は、左記の口座に振り込んでください。  　　年　　月　　日  墨田区長　様  依頼人住所  氏名 | | | | | | | | | | | |
| (住　　所)　　　　(電話　　　　－　　　　－　　　　) | | | | |
| 主管課  係　名 | | | 保健予防課 | | |
|  | | | | | |

支払金口座振替依頼書

（お願い）

①　金融機関は支店名まではっきりと記入してください。

②　金額の頭には必ず￥の記号を記入してください。

③　振込口座は依頼人の口座に限ります。