銀行預金口座振込依頼書

（あて先）甲府市会計管理者

年　　月　　日

甲府市結核健康診断費補助金を受領したいので、次の指定口座へ振込してくださるよう依頼します。
この指定口座に振込がなされたときは、その金額に係る債権が弁済されたものとします。

甲府市結核健康診断費補助金の交付決定を受けた学校又は施設の設置者

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

団体名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指定口座（上記設置者名と指定口座の名義が異なる場合は、別途委任状が必要です。）

	金融機関名	金融機関番号	支店名	支店番号
指定口座	銀行 金庫 組合 農協		支店	

預金種目	口座番号（右詰め）	口座名義（カタカナで記入してください）
1 普　通 2 当　座		