別紙

令和　　年　　月　　日

口座振込依頼書

桜川市長　　　　様

 申請者　郵便番号

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

対象者 郵便番号

　　　　住　　所

　氏　　名

　電話番号　　　　（　　　）

紙おむつ等購入費助成事業の支払いについては、下記口座に振り込み願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | 支　店　名 |
|  | 銀行　　　信金信組　　　農協 |  | 　　支店　　支所　　出張所 |
| 預 金 種 別 | 口　　座　　番　　号 |
| 普通　　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口　　座　　名　　義　　人 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |

桜川市外に住所のある方の口座へ振込む場合、以下もご記入ください。

口座名義人　住所：

　　　　　　生年月日：