

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			
		<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信金			<input type="checkbox"/> 支店	
		<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 支所	
						<input type="checkbox"/> 出張所	
預 金 種 別		口 座 番 号					
<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 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：