令和　 　年　　月　　日

**口　座　振　込　依　頼　書**

桜川市長　　様

　　　　　　　　申請者　団 体 名

　　　　　　　　　　住 所

代表者名

電話番号

単位高齢者クラブ補助金支払いについては、下記口座に振り込み願います。

|  |
| --- |
| 前年度からの変更　　　　有　・　無  どちらかに〇をつけてください。  変更がある場合には、下へ情報をご記入ください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | | | 支店名 | | | | |
|  | | * 銀行　□　信金 * 信組　□　農協 | | | | |  | | | * 支店 * 支所 | |
| ゆうちょ銀行の場合 | | 記号－番号 | | － | | | | | | | |
| 預金種別 | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | |
| ■普通　　□当座 | |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 口　座　名　義　人 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |

※前年度と変更があった場合には、振込口座の通帳の写し（コピー）[口座番号が記載されている部分がわかるもの]を必ず添付してください。