

口座振込依頼書

平成 年 月 日

平川市より支払われる妊婦健康診査費は、今後下記金融機関へ振り込んでください。

●依頼者（申請者）

フリガナ			
氏名	⑩		
住所	平川市		
生年月日	昭和	平成	年 月 日
郵便番号	—	電話番号	— —

●振込先

コード番号			
金融機関	銀行 金庫・組合 農協・漁協	本店・支店 本所・支所	

預金種別	普通	当座	口座番号							
------	----	----	------	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ			
口座名義人			

※ フリガナは必ず記入してください。

※ 口座名義人は、金融機関に届出しているものと同じものを記入してください。

口座振込依頼書

申請日をご記入ください

平成 年 月 日

平川市より支払われる妊婦健康診査費は、今後下記金融機関へ振り込んでください。

●依頼者（申請者）

押印をお願いいたします

フリガナ	ヒラカワ ハナコ		
氏名	平川 花子 印		
住所	平川市〇〇〇〇-16-1		
生年月日	昭和	平成	〇年 〇月 〇日
郵便番号	036	— 0104	電話番号 0172 — 44 — 1111

該当するものに○をご記入ください

灰色箇所は未記入でお願いします

●振込先

コード番号		
金融機関	〇〇 銀行 金庫・組合 農協・漁協	〇〇 本店・支店 本所・支所

預金種別	普通	当座	口座番号						
------	----	----	------	--	--	--	--	--	--

フリガナ	ヒラカワ ハナコ		
口座名義人	平川 花子		

※ 記載できる箇所をご記入ください