口 座 振 替 依 頼 書

受領金の内容 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費

上記受領金を、下記の預金口座へ振込みくださるよう依頼します。

令和　　年　　月　　日

(あて先)
小田原市会計管理者

住所

法人名

氏名
（代表者職氏名）　　印

振込先	金融機関	銀行 信用金庫・組合　　店 農業協同組合		
	預金種目	普通　　当座	口座番号	
	口座名義	必ずカタカナで記入してください。		

記入例

口 座 振 替 依 頼 書

受領金の内容

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費

上記受領金を、下記の預金口座へ振込みくださるよう依頼します。

年月日は記入しないでください。

令和　　年　　月　　日

(あて先)

小田原市会計管理者

法人名は記入しないでください。

住所　　**小田原市荻窪３００**

法人名

氏名　　**小田原　太郎**

申請書と同じ氏名を記入してください。

（スタンプ印不可）

印

償還払いの場合は、申請者名義の口座を記入してください。
受領委任払いの場合は、受任業者が債権者登録をしている口座を記入してください。

振込先	金融機関	小田原　　銀行　信用金庫・組合　農業協同組合　　市役所 支　店		
	預金種目	普通　　当座	口座番号	０９９２９３１
	口座名義	必ずカタカナで記入してくださ オダワラ　タロウ		

口座番号は必ず７桁で記入してください。
６桁以下の場合は先頭にゼロをつけてください。