

令和 年 月 日

堺市長殿

口 座 振 替 依 頼 書

住所

名 称

代表者職氏名

印

入院時コミュニケーション支援事業に係る支援費については、下記の口座への振込みを依頼します。

記

銀行名	(銀行番号)
支店名	(支店番号)
預金種目 (いずれかに○)	1. 普通 2. 当座 3. その他
口座番号	
フリガナ	
口座名義	