

振 込 依 頼 書

年 月 日

苫小牧市会計管理者 様

(申請者) 所在地

事業者名

代表者名

印

苫小牧市介護保険サービス利用者負担軽減事業に係る負担金を、下記の口座に振り込みするよう
依頼します。

振込金融機関	銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合								
	本店 ・ 支店 ・ その他								
種目	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他	口座番号							
口座名義人カナ									
口座名義人									