

口座振替依頼書

尼崎市長あて

平成 年 月 日

公害医療手帳番号

尼崎

下記振込先金融機関へ口座振替をしてください。

〒 -

住所

電話 () -

被認定者氏名

印

振込先金融機関	金融機関	銀行			支店	入力者・日付
	預金種別	1 普通預金	2 当座預金	4 貯蓄預金	尼崎市処理欄	
	口座番号					確認者
	口座名義(本人) (カタカナ)					

記載例

口座振替依頼書

尼崎市長あて

平成 年 月 日

公害医療手帳番号

尼崎

99999-0

下記振込先金融機関へ口座振替をしてください。

〒 660-0052

住所 尼崎市七松町1丁目3番1-502号フェスタ立花南館

電話 (06) 4869 - 3019

必ず押印してください。

被認定者氏名

尼崎 太陽

印

振込先金融機関	金融機関	銀行			支店	入力者・日付
	預金種別	① 普通預金	2 当座預金	4 貯蓄預金	尼崎市処理欄	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				確認者
	口座名義(本人) (カタカナ)	尼崎 太陽 アマサキ タイヨウ				