

(様式2)

口座振替申出書

年 月 日

大阪市福祉局長 様

住所 (自宅)	
氏 名	

総合的な相談支援体制の整備におけるスーパーバイザーの派遣等実施に係る報酬及び交通費等の支払については、今後、次の私名義の預金口座に口座振替されるよう依頼します。

記

振込先金融機関名				支店
預 金 種 目 (いずれか <input checked="" type="checkbox"/> 印)	<input type="checkbox"/> 当 座	<input type="checkbox"/> 普 通	<input type="checkbox"/> 貯 蓄	<input type="checkbox"/> その他
口 座 番 号	No.			
フリガナ				
口 座 名 義				