

口座振込依頼書(兼 受領委任状)

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

【記入例】

以下の口座に、次に掲げる障害福祉サービス給付費等の振込を依頼します。

		令和				年		月		日		
申請者(債権者)	法人名称(開設者)	社会福祉法人 ○○会 ▲▲ケアサービス										
	郵便番号	〒	9	9	9	—	9	9	9	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。		
	事業所在地	神奈川県 ○○市 ○○町 1-2-3 ○○ビル1階										
	代表者氏名	神奈川 太郎										
	事業所名称	▲▲ケアサービス										
	事業所番号	入力不要										
		届出印口										
		届出印										
振込先	金融機関名	○○○銀行					金融機関コード	1	1	1	1	1
	支店名	○○○支店					支店コード	1	1	1		
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	預金種目	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座		
	名義人フリガナ	フリガナ フカ)○○カイ▲▲サービス										
名義人氏名	社会福祉法人 ○○会 ▲▲サービス 代表取締役 神奈川 太郎											
受領委任状	申請者(債権者)は、口座名義人(受任者)に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。											
	委任者	年 月 日									印	
※振込エラー防止のためどちらか一方にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 取扱金融機関の確認を以下に明記します。 <input type="checkbox"/> 2枚目に通帳のコピーを添付します。												
金融機関記載欄	上記口座が存在することを確認しました。											
	金融機関名										印	
	確認年月日										印	

入力は不要です。自動的に貼り付きます。

事業所の届出印をご捺印ください。

連絡先電話番号 連絡のつく電話番号を入力してください。

振込先 不明な場合はご利用の金融機関にご確認ください。

名義人フリガナ 口座の名義はこのフリガナ名義で登録しますのでフリガナ欄をご確認のうえ正確に入力してください。

受領委任状 申請者と口座名義人が異なる場合は、申請者による委任を行ってください。

どちらかにチェックを入れてください。

金融機関記載欄 取引金融機関に記入、押印してもらいます。 ※次ページに通帳のコピーの添付があれば記入は不要です。

【振込先金融機関 通帳の写し添付様式】

令和	年	月	日
事業所名			

入力不要

こちらは自動的に貼り付きます。直接入力できません。

※振込先の通帳の表面の名義人名の写し

[Redacted]			
店番号	口座番号	社会福祉法人	〇〇会 ▲▲サービス 様
111	0123456		
[Redacted]			

通帳の表部分のコピーを、はがれないように貼り付けてください。

※振込先金融機関の通帳の名義人名カタカナの写し

<b>普通預金</b>	
フク)〇〇カイ▲▲サービス	
店番号	口座番号
111	0123456
	〇〇〇銀行
	〇〇〇支店

通帳の開いた部分のカタカナのコピーを、はがれないように貼り付けてください。

※インターネットバンキングをご利用の場合

名義人「フリガナ」と名義人「氏名」、「口座番号」がわかる画面の印刷を貼ってください。