

口座振替支払申請書

私は、今後稲沢市病院事業からの支払金については、下記の口座へ振替にて支払いただきますよう申請します。

金融 機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	フリガナ	
		口座 名義人	
		口座番号	普通・当座 番号

年 月 日

フリガナ

住 所

フリガナ

申請者 氏 名

印

電 話

稲沢市病院事業 企業出納員 様

(記載上の留意事項)

- この申請書を提出されますと、稲沢市病院事業からの支払金については全て、これにより申請されたあなたの口座へ振込となり、特に申し出のない限り以後同様振込により支払われます。
- 上記口座振替の記載事項に変更の生じた場合は、直ちに変更の旨の届け出をしてください。
- 振込先は必ず当該債務の請求者(債権者)と同一名義の口座を指定してください。
- 申請者の印は、必ず請求書等の印と同一のものを押印してください。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。