

口座振込依頼書

令和 年 月 日

朝霞市長 宛

<被保険者>

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

氏 名

印

介護保険等にかかる支払いは、下記の口座へ振込願います。

振込先 金融機関	金融機関 コード					店 舗 コード													
	銀 行 信用金庫 農 協										支店								
口座番号	1 普通																		
	2 当座																		
ゆうちょ銀行	通帳記号					通帳番号（右詰で記入）													
	1					0	の												
フリガナ																			
口座名義人																			

※被保険者以外の口座へ振り込む場合、委任状の提出が必要となります。