**支払金口座振替依頼書**

　　記入年月日：　　　　　　年　　月　　日

八王子市長　殿

下記のとおり依頼します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **住所** | 〒 | （印）※1 スタンプ印押印不可※2 本人確認書類の提示、または提出により押印を省略できます（押印の代わりに署名（フルネーム）を記入） |
| **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **生年月日** |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **電話番号** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **金融機関名** | **金融機関コード** | **支店名** | **店舗コード** |
| 指定口座 |  | 銀行・信用組合信用金庫・農協 |  |  |  |  |  | 支店出張所 |  |  |  |
| **預金種目** | **口座番号(右詰め)** | **口座名義(カタカナ・アルファベットで記入してください)** |
| 普通 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

●**押印を省略する場合**は以下の欄に記入し、本人確認書類の写しを提示、または提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 連絡先(TEL) |  |

【本人確認書類】・運転免許証　・マイナンバーカード　・パスポート　等

**●本依頼書に関するお問い合わせおよびご提出は、保健対策課（042-645-5162）までお願いします。**

【市担当所管使用欄】

　　・本依頼書は、**契約を伴わない個人の債権者用**であることを確認しました。　　　（**✔をつける**）

・**押印・署名がある場合**は印影等を確認し(1)～(4)を記入、**押印・署名がない場合**は(1)～(6)をすべて記入してください。

【(6)には、本人確認書類をメールで受理した場合は「**4」**、窓口や郵送等で受理した場合は「**10」**と記入してください。】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)所管名 | (2)確認者 | (3)連絡先(TEL) | (4)確認年月日 | (5)本人確認書類 | (6)確認方法 |
|  |  |  |  |  |  |