

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)
フリガナ		
氏名		
生年月日	年 月 日	
電話番号		

※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)

	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