**支払金口座振替依頼書（所管課登録用）**

　　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。なお、本依頼書の内容については、変更の申出をしない限り継続使用してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **住所(所在地)** | 〒 |
| **フリガナ** |  |
| **名称** |  |
| **代表者役職名** |  | （印） | ※1 契約書等に用いる代表者印を押印してください※2 本人確認書類の提示、または提出により押印の省略ができます |
| **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **電話番号** |  | **FAX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(○で囲む)** | 普通 | 当座 | **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)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

●**押印を省略する場合**は以下の欄の該当箇所に記入し、本人確認書類[(注)参照]の写しを提示、または提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人および個人事業主 | 本人氏名 |  | 連絡先(TEL) |  |
| 法人および法人格のない任意団体 | 発行責任者 | 氏名 |  | 役職 |  | 連絡先(TEL) |  |
| 事務担当者 | 氏名 |  | 所属 |  | 連絡先(TEL) |  |

（注）【個人の場合】・運転免許証　・マイナンバーカード　・パスポート　等

　　 【法人の場合】・登記事項証明書　・法人の印鑑証明書　等

　　 【任意団体の場合】任意団体に関する書類および提出者個人の本人確認書類

**●本依頼書に関するお問い合わせおよびご提出は、保健所健康医療政策課（070-1432-2201・3059）までお願いします。**

【市担当所管使用欄】

　　・本依頼書は、**契約を伴う債権者用**であることを確認しました。　　（**✔をつける**）

　　・**押印がある場合**は印影等を確認し(1)～(4)を記入、**押印がない場合**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 |
|  |  |  |  |  |  |