

(対象者本人、成年後見人用)

# 支払金口座振替依頼書

(八王子市入院高齢者おむつ代助成)

八王子市長 殿

年 月 日

入院高齢者おむつ代助成金の受領について、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、変更の申し出をしない限り継続使用してください。

申請者(対象者)

住所



氏名



朱肉印・認印可 (本人確認書類の提出により押印を省略することができます。)

振込先	金融機関名				支店名					
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> ( )				支店出張所		支店コード			
口座名義 (通帳の名義のとおり カタカナまたはアルファベットで記入)										
種別	口座番号(右づめで記入)							※振込口座が申請者名義でない場合は以下の委任状に記入してください。		
普通										

委任状(申請者名義の口座以外への振り込み)

私は、上記口座名義人を代理人と定め、本助成金の受領に関する権限を委任します。

申請者(対象者)

住所

氏名



朱肉印・認印可 (本人確認書類の提出により押印を省略することができます。)

受付担当記入欄

印無の場合の申請者本人確認 高齢者福祉課 氏名( )

確認方法	5 他の添付書類による本人確認 (10 窓口での本人確認)
確認書類	<input type="checkbox"/> 入院関係書類の添付
成年後見人 →	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書写添付 本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ( )