

口座振込依頼書

年 月 日

つくば市長あて

〒

住 所

受 給 者

電話番号 ()

私が、つくば市から受領すべき医療福祉費は、下記の預金口座に振り込みを依頼いたします。

振込金融機関指定

口座名義人	フリガナ
振込金融機関名	銀行 信用金庫 支店 信用組合 労働金庫 出張所 農協 普通預金NO.

上記のとおりお届けします。

本人の口座が無い場合は、家族の方の口座への依頼でも差し支えありません。