第２号様式

口　座　振　替　申　込　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）名古屋市認知症相談支援センター

（請求者）

|  |
| --- |
| 団体もしくは事業者（事業所）の所在地 |
| 〒 |
| 団体もしくは事業者（事業所）の名称　及び　代表者氏名 |
| 名称：  代表者氏名： |
| ＴＥＬ（　　　　　　）　　　　　　　　－ |

私が貴センターから支払を受けるなごや認知症カフェ運営助成金については、下記の口座へ振り替えて下さい。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行  信金  農協 | | | | 店 | | | | | |
| 預金科目  及　び  口座番号 | １　普　通  　２　当　座  　３　その他 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

**※口座名義人は必ず、請求者と同一（又は事業者）のものを指定して下さい。**

**※口座名義人は原則、団体名で指定して下さい。**