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。**