口　座　振　替　申　込　書

 7（介護支援専門員）

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）契約事務受任者

名古屋市健康福祉局長　様

（請求者）

|  |
| --- |
| 住　所 |
| 〒 |
| 氏　名 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　　【※委任状提出の場合】

委任者（介護支援専門員）

氏　名

私が名古屋市から支払を受ける認定調査委託料については、すべて下記の口座へ振り替えて下さい。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行金庫組合 | 本店支店出張所 |
| 金融機関コード（　　　　　） | 店舗コード　（　　　　　　） |
| 預金科目 | １普通　２当座　 | 　口座番号 | 　　 |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |
| 口座名義人 |  |

注1　口座名義人は、必ず契約者及び委託料の請求者と同一のものを指定して下さい。

　　　原則、委託料は契約者にお支払いします。 なお、委任状が提出された場合、請求者及び口座名義人は、委任状受任者名となります。

2　口座振替不能防止のため、通帳表紙の裏側の写しなど、金融機関名・店舗名・口座番号・口座名義人が確認できるものを添付してください。

  3　金融機関コード及び店舗コードは、確認できた場合に記入してください。