口　座　振　替　申　込　書

7居宅介護支援事業所等

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）

|  |
| --- |
| 事業者（法人）又は事業所の所在地 |
| 〒 |
| 事業者（法人）又は事業所の名称及び代表者職・氏名 |
| 名　称：代表者職：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　（　　　　　　） |
| 預金種目 | １普通　２当座　　　　 | 口座番号 | 　　 |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |
| 口座名義人 |  |

※　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。ただし、やむを得ない事情により、事業所が委託料の請求及び領収を行う場合は、別途委任状の提出が必要です。

　　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。

※  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。（昨年と変更がない場合は写しの添付省略可）

|  |
| --- |
| **認定調査を行う事業所** |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （10桁の番号） |
| 事業所名称 |  |
| 事業所住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |