

＜記入例＞
原則の場合

口 座 振 替 申 込 書

記入不要

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

調査委託料は、
契約者にお支払いします。

(請求者)

事業者（法人）又は事業所の所在地
〒 ー ー ー ー ー ー ー ー ー ー

契約者である事業者(法人)の住所

事業者（法人）又は事業所の名称及び代表者職・氏名

名 称： Ⅰ 契約者の名称及び代表者職・氏名

代表者職： **■【例】株式会社ナゴヤ**

氏名： 代表取締役 名古屋太郎

同
—
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

記

金融機関名	銀行 金庫 組合				出	
	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			右詰め→
口座名義人 (カナ)	カ)ナゴヤ ダイヒョウトリシマリヤク ナゴヤタロウ					
口座名義人	<div> 通帳に記載されているとおり、正確に記載してください。 フリガナを忘れずに記入してください。 </div>					

※ 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	2	3	7	9	9	9	9	9	9	9	(10桁の番号)
事業所名称	【例】ナゴヤ居宅介護支援事業所										
事業所住所	〒123-4567 名古屋市〇区〇〇町1-2-3										
電話番号	052-△△△-□□□□										
FAX	052-△△△-□◇□◇										

