

## 市立豊中病院経営企画課 経理係 記入欄

受領確認年月日	確認方法	入力年月日	担当者印	債権者番号(相手先コード)

## 債 権 者 登 錄 申 込 書 [口座振替用]

豊中市病院事業管理者様

記入日： 年 月 日

次のとおり申し込みします。市立豊中病院が下記の指定口座に振り込んだときに、その金額にかかる債権が弁済されたものと認めます。

区分	1. 新規					
	2. 廃止	廃止日	年	月	日	
		変更日	年	月	日	
	3. 変更	変更内容	1. 法人名・屋号・個人名 2. 電話番号・FAX番号 3. 住所 4. 金融機関	5. 適格請求書登録番号		

新規・廃止・変更前 (全て記入してください)	適格請求書発行事業者の登録 (「登録あり」の場合は登録番号を記入してください)		登録あり <input type="checkbox"/>	T	-	-	-	-	-	-	-		
			登録なし <input type="checkbox"/>										
	法人名 または屋号 または個人名		フリガナ										
			漢字										
	住 所	〒	□ □ □ - □ □										
	電話番号				FAX番号								
金融機関名				銀行 信用金庫 ( )				支店 出張所					
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座名義 フリガナ											
口座番号													

変更後 (変更箇所のみ記入してください)	適格請求書発行事業者の登録 (「登録あり」の場合は登録番号を記入してください)		登録あり <input type="checkbox"/>	T	-	-	-	-	-	-	-		
			登録なし <input type="checkbox"/>										
	法人名 または屋号 または個人名		フリガナ										
			漢字										
	住 所	〒	□ □ □ - □ □										
	電話番号				FAX番号								
金融機関名				銀行 信用金庫 ( )				支店 出張所					
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座名義 フリガナ											
口座番号													

・債権者登録口座数は1債権者1口座です。

・変更届を提出されると通常、変更日の4銀行営業日以降に支払われるものについては、変更前に請求したものでも、変更後の内容で支払されます。

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 部署名 \_\_\_\_\_ 連絡先TEL \_\_\_\_\_  
 ・申込書受領時に、確認のため問合せさせていただくことがあります。必ずご記入下さい。