

令和 年 ( 年) 月 日

## 銀行口座振込依頼書

様

法人名

代表者

住 所

事業所名

管理者

住 所

事業所番号

介護予防サービス・支援計画表（介護予防ケアプラン）作成等にかかる業務委託料につき下記口座へ振込を依頼します。

## 【振込先】

振込先銀行	銀行	支店
預金種目	1. 普通	2. 当座
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		
住 所		
電話番号		

- ※ 預金種目は、普通・当座のいずれかを選んでください。
- ※ 口座名義、住所等は銀行へ届け出ているとおりに記入してください。
- ※ 口座名義の氏名には必ずフリガナをお願いします。

## 【ご注意】

府外事業者については、委託料を大阪府国保連合会から直接支払うことができないため、この依頼書を地域包括支援センターにご提出いただくものです。委託料は地域包括支援センターから支払われます。