

口座振替依頼書

【 新規 ・ 変更 】

年 月 日

豊 中 市 長 あて

依 頼 者

医療機関 住所	
医療機関名	
氏名	印
電話	

年 月分請求より

豊中市 健康危機対策課から受ける委託料を下記口座への振替を依頼します。

振込口座	振込先 銀行	銀行		支店
	預金種目 (番号に○印)	1.普通	口座	
		2.当座	番号	
	口座名義	(フリガナ)		
		(おなまえ)		

備考 この依頼書に内容に変更のあるときは、必ず下記の市担当までご連絡ください。

豊中市保健所 健康危機対策課 ワクチン係

TEL:06-6152-7329