

支払金口座振替依頼書（所管課登録用）

記入年月日： 年 月 日

八王子市長 殿

下記のとおり依頼します。なお、本依頼書の内容については、変更の申出をしない限り継続使用してください。

記

住所(所在地)	〒									
フリガナ										
名称										
代表者役職名						(印) ※本人確認書類の提示、または提出により押印の省略ができます				
フリガナ										
氏名										
電話番号						FAX 番号				

指定口座	金融機関名				金融機関コード				支店名				店舗コード			
	銀行・信用組合 信用金庫・農協								支店 出張所							
	預金種目(○で囲む)		普通 当座		口座番号(右詰め)											
	口座名義(カタカナ・アルファベットで記入してください)															

●押印を省略する場合は以下の欄の該当箇所記入し、本人確認書類〔(注)参照〕の写しを提示、または提出してください。

個人および個人事業主	本人氏名					連絡先(TEL)		
法人および	発行責任者	氏名			役職		連絡先(TEL)	
法人格のない任意団体	事務担当者	氏名			所属		連絡先(TEL)	

〔注〕【個人の場合】・運転免許証 ・マイナンバーカード ・パスポート 等

【法人の場合】・登記事項証明書 ・法人の印鑑証明書 等

【任意団体の場合】任意団体に関する書類および提出者個人の本人確認書類

●本依頼書に関するお問い合わせおよびご提出は、障害者福祉課（電話：042-620-7245）までお願いします。

【市担当所管使用欄】

・本依頼書は、契約を伴わない債権者用であることを確認しました。 ☐ (✓をつける)

・押印がある場合は印影等を確認し(1)～(4)を記入、押印がない場合は(1)～(6)をすべて記入してください。

【(6)には本人確認書類をメールで受理した場合は「4」、窓口や郵送等で受理した場合は「10」と記入してください。】

(1)所管名	(2)確認者	(3)連絡先(TEL)	(4)確認年月日	(5)本人確認書類	(6)確認方法