

口座振替依頼書

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長

(依頼人) 指定番号 第 _____ 号

施術所所在地 福岡市 _____

施術所名称 _____

開設者氏名 _____ 印

(電話) —

福岡市から支給される国民健康保険及び後期高齢はりきゅう費を、下記の預金口座に口座振替されるよう依頼します。

記

金融機関名	銀行 農協	本店・支店 出張所
預金口座	普通	当座
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		

- ※ この口座は、依頼名義人（または施術所）のものに限ります。
- ※ 通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人が確認できるページ）を1部添付してください。
- ※ 施術所所在地が依頼人の住所と異なるときは、住所及び電話番号を記載してください。

(電話) — —