

口 座 振 替 申 出 書

高知市から支払いされる代金については、下記口座へ振替願います。

この振替がなされたときは、その金額にかかる債権が弁済されたものといた
します。

記

金 額	金												円
振込先金融機関	銀 行 店 () ()												
預 金 種 別	1. 普通 2. 当座 9. その他												
口 座 番 号	第 号												
口 座 名 義 人	フリガナ												
	氏 名												

年 月 日

高 知 市 長 様

(受任者) 住 所

氏 名

電話

委 任 状

年度高知市結核定期健康診断事業費補助金 請求・受領に関する一切の件を

(受任者) に委任いたします。

年 月 日

(委任者) 住 所

氏 名 _____ 印 _____

- 備考 1. 預金種別は、該当番号を○で囲んでください。
2. 口座名義人氏名には、必ずフリガナをお書きください。
3. 口座名義人氏名に職名がついているときは、省略せず正確に記載してください。