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　　支　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													

年　　月　　日

高　知　市　長　様

（受任者）住　所

氏　名　　㊞

電　話　（　　）　　局　　番

委　　任　　状

指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料

１　請求
２　受領　　に関する一切の件を
３　請求及び受領

（受任者）　　に委任いたします。

年　　月　　日

（委任者）住　所

氏　名　　㊞

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ga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。