

支払金口座振替依頼書

(新規・変更用)

捨
印

新規に○をしてください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

「不妊治療・不育症治療に係る職場環境整備奨励金」であることを確認してください。

実績報告書（提出日）と同じ日付を記入してください。

東京都から私に支払われる 不妊治療・不育症治療に係る職場環境整備奨励金 は口座振替により受領することを希望します。ついては、今後下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

依頼人 { 住所 **東京都新宿区西新宿二丁目8番1号**
(連絡先電話番号 **〇〇 (0000) 0000**)
氏名 **株式会社東京産業 代表取締役 東京 花子**

(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

印

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)
新宿 銀行・信用金庫 信用組合・農協	中央 本店 支店	1 2 3 4 0 0 5	1	1 2 3 4 3 2 1
口座名義人 (カタカナ) 30文字まで				
カ) トウキョウサンキョウ				

* 種目：預金種目は、次のコードを記入願います。 : 1 普通、2 当座、4 貯蓄

預金通帳等の表紙裏面のカナ口座名義人を転記してください。

ご注意

- 新規・変更の該当する部分を○で囲ってください。
- 振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。(法人の場合は当該法人の口座に限ります。)
- 変更の場合は変更箇所のみご記入ください。