支払金口座振替依頼書

（新規・変更用）

 　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

東京都知事　殿

 　東京都から私に支払われる 令和　　年度東京都難病・がん患者就業支援奨励金　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。

 　　住　所

 依頼人 　　　　　　（連絡先電話番号　　　　（　　　）　　　　　　）

　　　　　　　氏　名

 　(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |  |  |
|  　　　　　　銀行・信用金庫 　 信用組合・農協 |  本店 支店 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナ）　　３０文字まで |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

＊　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、９別段

|  |
| --- |
|  |
|  |

ご注意

１　新規・変更の該当する部分を○で囲んでください。

２　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。）

３　変更の場合は変更箇所のみご記入ください。