

支払金口座振替 **依頼書・変更届**

振込先金融機関		●●●●	<b>銀行</b>	信用金庫	△△△	本店	<b>支店</b>	出張所
信用組合								
金融機関コード		0	0	0	0	支店番号		0
		0	0	0			0	
振 込 口 座	預金種別	<b>普通預金</b>		当座預金				
	口座番号	0	0	0	0	0	0	0
	□ 座 名 義							
	(フリガナ) カ) キタショウガイフクシサービス							
	株式会社北障害福祉サービス							

東京都北区から支払われる 共同生活援助 加算額 に  
 ついては上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。

東京都北区長 殿

令和 ● 年 ● 月 ● 日

(申請者)	
所在地	東京都北区王子本町X-X-X
名称・ 代表者氏名	株式会社北障害福祉サービス 代表取締役 北 太郎
電話番号	03-XXXX-XXXX

- 記入上の注意
- 1, 枠内を記入し、該当のものに○をつけてください。
  - 2, 口座番号は左詰めでご記入ください
  - 3, 本書の記載事項に変更が生じた場合は至急、変更届により届け出てください。