

介護保険要介護・要支援認定調査業務に係る委託料の口座振込依頼書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

介護保険要介護・要支援認定調査業務の委託料については、下記の口座に振込んでください。

依頼人	事業者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		
	所在地	〒 564-8550 吹田市泉町1丁目3番40号 電話番号 06 (6384) 1231											
		(フリガナ)	シャカイフクホウジン スイタイ										
		法人名	社会福祉法人 吹田会										
	名称	(フリガナ)	トクベツヤウゴロウジンホームスイタイ										
		事業所名	特別養護老人ホーム吹田荘										
	代表者	職名	理事長										
		(フリガナ)	スイタ タロウ										
		代表者名	吹田 太郎										
	振込口座	銀行コード	0	0	0	1	支店コード			5	7	8	
(銀行フリガナ)		ミズホ				(支店フリガナ) スイタエキマエ							
銀行名		みずほ				銀行	信用金庫	信用組合	農協	支店名	吹田駅前		
預金種別		普通		当座	口座番号		1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)		シャカイフクシホウジン スイタカイ リジチョウ スイタ タロウ											
口座名義人		社会福祉法人 吹田会 理事長 吹田 太郎											

(注意)

所在地及び代表者名は、契約書の受注者欄とおり記入してください。なお、委任されている場合は、委任状の受任者を記入してください。

(記入例)

*口座振込依頼書の依頼人欄と
請求書の請求者欄は同じになります。

(所在地)

契約書の受注者欄の住所(法人所在地)を記入してください。
(委任されている場合は、受任者の住所を記入してください)

委任されている場合は、受任者の職名・氏名を記入してください。