

支払金口座振替依頼書

**記入例**

日付は空欄で提出してください。

令和 年 月 日

東京都知事 殿

東京都から私に支払われる令和5年度 東京都介護職員キャリアパス導入促進事業費補助金(キャリアパス導入促進事業費補助)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。

郵便番号、住所、連絡先電話番号、法人名、代表者職・氏名を記入してください。(印鑑証明書に記載されている内容と一致)

住所 〒163-8001  
東京都新宿西新宿二丁目8番1号  
(連絡先電話番号 03(5320)4267)  
氏名 社会福祉法人キャリアパス  
理事長 福祉 一郎



印鑑証明書と同じ印

(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)
都庁 <small>銀行・信用金庫 信用組合・農協</small>	福祉 <small>本店 支店</small>	000x9xx	1	9876543
口座名義人(カタカナ) 30文字まで				
フク) キャリアハ。ス リシ ッチヨウ フクシ イチロウ				

\* 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

必ず全ての項目を記入してください。  
口座番号は右詰めで、口座名義人(カタカナ)は左詰めで記入してください。  
濁点、半濁点は1マス使用してください。

ご注意

- 1 新規・変更の該当する部分をして囲んでください。
- 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。