㊞ 捨印の押印をお願いします。

支払金口座振替依頼書

（新規・変更用）

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

住所は、印鑑証明書の「主たる事務所」と一致させてください。

東京都から私に支払われる令和６年度介護施設等における掃除・配膳ロボット導入支援事業補助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
氏　名

住　所　○○○○○○○○○○○○○○○○○○

（連絡先電話番号　　○○（○○○○）○○○○）

社会福祉法人○○○

理事長　○○○○

㊞

印は、印鑑証明書と一致させてください。

（法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名）

法人名・代表者の職名と氏名は、印鑑証明書と一致させてください。
※法人名及び代表者職の記入漏れに注意してください。

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	1 2 3 4 1 2 4	1	0 5 6 7 8 9 0

口座名義人（カタカナ）　　３０文字まで

フ ク ） ○ ○ ○ 　 リ シ ゛ チ ヨ ウ 　 ○ ○ ○ ○

＊　種目：預金種目は、次のコードを記入欄　　：１普通、２当座、４貯蓄

・濁点も一文字として記入して下さい。
・３０文字以降は記入不要です。

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。

本依頼書は、令和６年度介護施設等における掃除・配膳ロボット導入支援事業補助金の支払いに限り使用できます。東京都より他の支払いを受ける場合には、別途手続きが必要となる場合があります。