地域生活支援事業　口座振込（新規・変更）申請書

令和　　年月日

寝屋川市福祉部障害福祉課長　様

　　　　　　　　　　（契約者）

事業者名

代表者（役職・氏名）

所在地　〒　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　FAX

１．事業所情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 移動 | 2 | 7 | 6 | 0 | 3 | 1 |  |  |  |  |
| 日中一時 | 2 | 7 | 6 | 0 | 3 | 2 |  |  |  |  |
| 地域活動Ⅱ | 2 | 7 | 6 | 0 | 3 | 3 |  |  |  |  |

↑該当する支援内容を○で囲んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| ｅメールアドレス |  |

２．振込先口座情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 金融機関ｺｰﾄﾞ |  |
| 支店名 |  | | 支店ｺｰﾄﾞ |  |
| 口座名義 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | |
|  | | | |
| 預金種目 | ・普　通　　　・当　座　　・その他 | | | |
| 口座番号 |  | | | |

※毎月２０日締切　翌月変更（翌月以降で指定がある場合は記入してください。）

（令和　　　年　　　月1日から変更）

※支援内容によって振込先が異なる場合は、振込先毎に提出してください。