

口座振替払依頼書

年 月 日

函館市長様

所在地 _____

名称 _____

代表者名 _____ 印

電話番号 _____

貴市より，私(当社)に支払われる函館市要介護・要支援認定訪問調査委託料を下記の口座に振込みください。

振込先		預金種別	口座番号
銀行		当座 普通	
支店			
(フリガナ) 口座名義			

- (注) ①代表者名欄の印は，銀行で使用している印鑑でなくても結構です。
②口座名義に法人名等が入る場合は，必ずご記入ください。

(口座名義が代表者と異なる場合)

委 任 状

年 月 日

函 館 市 長 様

住 所

委任者

氏 名

印

私は下記の者を代理人と定め、函館市における要介護・要支援認定訪問調査
委託料の受領に関する権限を委任します。

住 所

代理人

氏 名