

口座振込依頼書

私に支払われる福祉医療費について、下記に振り込んでください。

記

振込先	1. みなみ信州農業協同組合 支所		
	2.		
預金種目	1. 普通	口座番号	
	2. 当座		
フリガナ			
名義人氏名			

(振込先、預金種目については、○で囲んでください。)

令和 年 月 日

〒 _____

住 所

氏 名



電話番号