

口座振込申込書

私に対する十日町市看護師・理学療法士等修学資金について、下記金融機関に口座振込により支払いくださるよう申し込みます。

振込先 金融機関名	銀行	支店	
	新潟県信用組合	支店	
	十日町農協	支店	
	新潟県労働金庫	支店	
預金種目	普通 当座	口座番号	
振込 口座 名義	住所		
	氏名	フリガナ	
修学者名			

※預金種目は該当するものを○でかこむこと。

年 月 日

十日町市会計管理者 様

申込人 住所

氏名

※通帳開いて1ページ目の口座番号が記載してあるところのコピー添付のこと。
(医療福祉総合センター内でコピー可)