

傷病等見舞金振込依頼書

令和 年 月 日

魚 沼 市 長 様

傷病等見舞金を下記口座に振込を依頼します。

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 \_\_\_\_\_

●振込先金融機関

金融機関名	支店名	種別	名義人（カナ）	口座番号
		普通・当座		

※振込先通帳の写しを添付してください。

----- 委任状 -----

委任者（依頼する人）

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 : 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

電話番号 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人として、傷病見舞金の振込みを委任します。

記

代理人（振込口座名義人）

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 : 明治 大正 昭和 平成 年 月 日

委任者との関係 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※委任状は、請求者と異なる名義の口座を希望する場合に記入します。

委任する方（依頼する人）がすべて自筆でお書きください。

担当 : 市民福祉部 福祉支援課

TEL : 025-792-9767