支払金口座振替依頼書

（新規・変更用）

令和　　年　　月　　日

東京都知事　殿

東京都から私に支払われる令和８年度東京都発達障害専門医療機関初診待機解消事業補助金は口座振替により受領することを希望します。ついては、今後下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

依頼人
- 住　所
- （連絡先電話番号　　（　　）　　）
- 氏　名　　㊞

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号（右詰めで記入）
銀行・信用金庫	本店			
信用組合・農協	支店			
口座名義人（カタカナ）　　３０文字まで				

＊　種目：預金種目は、次のコードを記入願います。　：１普通、２当座、４貯蓄

ご注意

1　新規・変更の該当する部分を〇で囲んでください。
2　振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。（法人の場合は当該法人の口座に限ります。）
3　変更の場合は変更箇所のみご記入ください。