

申立書

令和 年 月 日

地域保健課資金前渡職員 あて

住 所：

氏 名： 印

船橋市に対し私が有する債権等の支払は、下記口座にお振り込みください。
なお、下記の口座名義は、私の名称とは異なりますが、私の口座に間違いな
いので申し添えます。

記

振込先口座 _____ 銀行 _____ 支店

普通・当座・その他（ ）口座番号_____

フリガナ

口座名義_____