

年 月 日

宇 治 市 長 あて

委 任 状

宇治市から支払いを受ける 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種料金 の受領に関する
一切の権限を下記の者に委任します。 このことについて、双方確認いたします。

委任者（依頼者） 氏 名 印

受任者（受領者） 氏 名 印
住 所
電話番号（ — — ）

口 座 振 替 払 依 頼 書

受任者（受領者） 氏 名 印
住 所
電話番号（ — — ）

宇治市から支払いを受ける 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種代金 については、
年 月 日以降、地方自治法第232条の5第2項及び同施行令第165条の
2の規定に基づき、下記金融機関の預金口座へ振込を依頼します。なお、金融機関との取引
を停止したとき、または依頼書の内容を変更したときは、直ちに通知いたします。

記

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 支店
預金種類	普通 当 座 (該当に○印)
口座番号	
フリガナ	
口座名義	