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 |  |