

債権者登録(新規・変更・廃止)申請書 兼 口座振替依頼書

市立大津市民病院理事長宛

年 月 日

私に対する大津市民病院からの支払いについては、下記のとおり申請します。
 なお、下記記載内容を変更しない限り、毎年度引き続き下記内容のとおりお支払いください。

代表者印または個人印

印

1 新規	変更の場合は変更理由(代表者変更、口座変更 など)
2 変更	
3 廃止	

相手方番号					

変更年月日 年 月 日

*記入不要(財務係使用)

*請求書に使用される印鑑を押ししてください

【 名 称 】 *請求書に記載の請求名をご記入ください

法人名 または 屋号 または 個人名	カナ																								
	漢字																								
支店名 (漢字)																									
代表者役職及び 氏名 (漢字)																									

【 所在地・住所 】 *請求書に記載の所在地・住所をご記入ください

〒											都道										
											府県										
電話番号	()	-	FAX. 番号	()	-						
生年月日		年		月		日															

【 口座 】

金融機関コード						金融機関名	銀行・金庫	支店・出張所
							農協	支所
預金種目	1	普通預金	2	当座預金				
口座番号								
口座名義	カナ							
	漢字							

工事前払用口座

金融機関コード						金融機関名	銀行・金庫	支店・出張所
							農協	支所
預金種目	普通預金							
口座番号								
口座名義	カナ							
	漢字							

入力日:
*記入不要(財務係使用)

検印

見本(新規) 権利者登録(新規・変更・廃止)申請書 兼 口座振替依頼書

外枠太線内をご記入・押印ください

令和4年 4月 1日

市立大津市民病院理事長宛

私に対する大津市民病院からの支払いについては、下記のとおり申請します。
 なお、下記記載内容を変更しない限り、毎年度引き続き下記内容のとおりお支払いください。

記入日をご記入ください

代表者印または個人印

印

1 新規	変更の場合は変更理由(代表者変更、口座変更 など)
2 変更	
3 廃止	

相手方番号					

変更年月日 年 月 日

*記入不要(財務係使用)

*請求書に使用される印鑑を押してください

【名称】 *請求書に記載の請求名をご記入ください

法人名 または 屋号 または 個人名	カナ	チホウドクリツギョウセイホウジン シリツオオツシミンビョウイン
	漢字	地方独立行政法人 市立大津市民病院
支店名 (漢字)		
代表者役職及び 氏名 (漢字)	理事長	〇〇 〇〇

【所在地・住所】 *請求書に記載の所在地・住所をご記入ください

〒 520 - 0804

滋賀 都道府県 大津市本宮二丁目9-9

電話番号	(077) 522 - 4607	FAX. 番号	(×××) ××× - ×××
生年月日	年 月 日		

個人事務所の方はご記入ください

【口座】

金融機関コード		金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協	△△ 支店 出張所 支所
預金種目	1 普通預金	2 当座預金		
口座番号	0000000			
口座名義	カナ	チトクシリツオオツシミンビョウイン		
	漢字	地方独立行政法人 市立大津市民病院		

工事前払用口座 工事前払用など上記とは別の口座がある場合はご記入ください

工事前払用口座

金融機関コード		金融機関名	銀行・金庫 農協	支店・出張所 支所
預金種目	普通預金			
口座番号				
口座名義	カナ			
	漢字			

入力日:
*記入不要(財務係使用)

検印

見本(変更) 権利者登録(新規・変更・廃止)申請書 兼 口座振替依頼書

市立大津市民病院理事長宛

外枠太線内をご記入・押印ください
※変更されていない項目もご記入ください

令和4年4月1日

私に対する大津市民病院からの支払いについては、下記のとおり申請します。
なお、下記記載内容を変更しない限り、毎年度引き続き下記内容のとおりお支払いください

記入日をご記入ください

代表者印または個人印

印

1 新規	変更の場合は変更理由(代表者変更、口座変更 など)
2 変更	
3 廃止	
口座変更	

相手方番号					

変更年月日 令和4年4月1日

*記入不要(財務係使用)

*請求書に使用される印鑑を押してください

変更のあった日をご記入ください

【名称】 *請求書に記載の請求名をご記入ください

法人名 または 屋号 または 個人名	カナ	チホウドクリツギョウセイホウジン シリツオオツシミンビョウイン
	漢字	地方独立行政法人 市立大津市民病院
支店名 (漢字)		
代表者役職及び 氏名 (漢字)	理事長	〇〇 〇〇

【所在地・住所】 *請求書に記載の所在地・住所をご記入ください

〒	520	-	0804
滋賀	都道府県	大津市本宮二丁目9-9	
電話番号	(077)	522	- 4607
FAX.番号	(×××)	×××	- ×××
生年月日		年	
		月	
		日	

個人事務所の方はご記入ください

【口座】

金融機関コード		金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協	△△ 支店・出張所 支所
預金種目	1 普通預金	2 当座預金		
口座番号	* * * * *			
口座名義	カナ	チトク)シリツオオツシミンビョウイン		
	漢字	地方独立行政法人 市立大津市民病院		

工事前払用口座

工事前払用など上記とは別の口座がある場合はご記入ください

金融機関コード		金融機関名	銀行・金庫 農協	支店・出張所 支所
預金種目	普通預金			
口座番号				
口座名義	カナ			
	漢字			

入力日:
*記入不要(財務係使用)

検印