様式第３（第７条関係）

振込口座変更届出書

令和　　年　　月　　日

鹿児島市長　殿

事業者　所在地

　　　　名　称

　　　　代表者職・氏名

　鹿児島市障害福祉サービス事業所等物価高騰対策給付金については、以下の口座に振り込んでください。

１　支給対象事業所

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | |
| 事業所所在地 | 郵便番号 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | |
| サービスの種類  （※） |  | | | | |
| 担当者名 |  | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス | |  | | |

※　療養介護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援Ａ型、就労継続支援Ｂ型、児童発達支援、放課後等デイサービス、短期入所、日中一時支援、地域活動支援センター、施設入所支援、共同生活援助、福祉ホームから選択して記入すること。

２　振込口座

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 |  | |
| 金融機関コード（４桁） | |  | 支店コード（３桁） | |  |
| 口座種別 | 普通　　　　当座 | | 口座番号（７桁） | |  |
| 口座名義人  （カタカナ） |  | | | | |

※　振込口座が確認できる通帳等の写しを添付すること。