

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		F A X
	メールアドレス		

※ 療養介護、生活介護、自立訓練、就労選択支援、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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。