

庄内町シニアわくわく応援チケット事業 協力事業所申出書

記入日： 令和 年 月 日

保健福祉課長 宛

庄内町シニアわくわく応援チケット事業の協力事業所として以下のとおり登録されるように申し出ます。

太枠内を記入ください。

フリガナ			
事業所名			
フリガナ		代表者の役職	
代表者氏名		役職がない場合は「なし」と記入してください。	
住所	〒 -		
電話番号	- -	FAX番号	- -
メールアドレス			

		銀行コード		支店コード	
割引額振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信連 <input type="checkbox"/> 漁協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他()			
	口座番号			←右詰で記入ください。	
	フリガナ				
	口座名義				

※ゆうちょ銀行の場合は、「店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を記入してください。

以下のいずれかの方法で庄内町役場保健福祉課福祉係まで提出してください。

■郵送: 〒999-7781 庄内町余目字町 132-1 庄内町役場保健福祉課福祉係宛

■FAX: 保健福祉課代表 FAX 0234-42-0894