第号

窓空宛名

　年　月　日

市町村長　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払通知書  **固定文言１**  下記のとおり　ご指定の預金口座に振込手続きをしましたので、通知します。  記 | | | | | | |
|  | 受取人氏名 | | |  |  | |
| 振込情報 | | 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座種別 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人カナ |  |
| 振込年月日 |  |
| 振込額 |  |
| 備考 | | | **固定文言２＋編集１** |
| **自由記載１** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| （お問合せ先） | | | | | | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | | | | | | |
| 住　　所 | | | 123-4567　●●市●●１－２－３ | | | |
| 電話番号  メール | | | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | | | |