

## 重度障害者福祉タクシー事業 口座振替変更依頼書

(宛先)

公益財団法人 川崎市身体障害者協会 理事長

以下の口座に、川崎市重度障害者福祉タクシー事業に係る助成金の振込を依頼します。

金融機関名	銀行	(金融機関コード )
店舗名	支店・出張所・	(店舗コード )
口座番号・預金種別		普通・当座
口座名義人	フリガナ：	
	氏名：	
申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記川崎市重度障害者福祉タクシー事業に係る助成金の受領に関する一切の権限を委任します。		
委任者		令和 年 月 日 印

※振込エラー防止のため通帳の写しをご添付ください

名 称	
所 在 地	
代 表 者 名	
備 考	