

口座振込依頼書

年 月 日

中川町教育委員会教育長 様

(申請者) 就学費負担者

住 所 中川町字

氏 名

電話番号

下記のとおり中川町高等学校生徒就学支援補助金の口座振込を依頼します。

振込先口座

振込先 金融機関	金融機関名	店名
預金種別	普通預金 当座預金 ※該当するものに○印をしてください	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		
申請者と口座名 義人の関係	申請者本人 ・ 配偶者 ・ その他 ()	