

西宮市中小企業勤労者  
福祉共済制度 給付金口座振込依頼書

令和 年 月 日

(提出先)

西宮市長宛

加入者番号 \_\_\_\_\_

企業／事業所 〒  
所在地 西宮市 \_\_\_\_\_

企業／事業所  
名称 \_\_\_\_\_

企業主／代表者  
氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

西宮市中小企業勤労者福祉共済制度の給付金については、下記の金融機関へ振り込んでください。

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協 信用組合	本店・支店 出張所
	預金種別	1. 普通預金	2. 当座預金
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

上記のとおり登録してよろしいか。

決 裁	課長	係長	係	入力日