

令和 年 月 日

様

福祉保健システムに係る負担金等預金口座振替明細書受領書

標記について、次のとおり受領しました。

1 送付内容

- (1)口座振替支払明細書枚
- (2)口座振替支払請求書枚

2 歳入金の内容

| | 収納科目名 | 委託者コード | 収納件数 (件) | 収納金額 (円) | 備考 |
|-----|-------|--------|-----------|-----------|----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 1 0 | | | | | |
| 1 1 | | | | | |
| 1 2 | | | | | |
| 1 3 | | | | | |
| 1 4 | | | | | |
| 1 5 | | | | | |
| | 合計 | | | | |

3 振替指定日

令和 年 月 日

| 受領年月日 | 受領機関の名称 | 受領者氏名 |
|-------|---------------|------------|
| 年 月 日 | 横浜市健康福祉局福祉保健課 | 福祉保健システム担当 |