

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送付書

標記について、次のとおり送付します。

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	請求件数 (件)	請求金額 (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

送付者

住所 〒 231-0005 横浜市中区本町 6-50-10

名称 横浜市健康福祉局福祉保健課

連絡先 (電話番号) 045-671-4043
(担当者名) 福祉保健システム担当