

払 込 取 扱 票

00	口座記号		口座番号				金額	千	百	十	万	千	百	十	円	
00	0	3	3	0	7	5	6	7	9				1	4	0	0
加入者名	群馬県身体障害者福祉団体連合会										料金	備考				
通信欄・ご依頼人	〒※ おとしろ ※ おなまえ (ご連絡先電話番号)										日	附 印				

各票の※印欄は、ご依頼人様において記載してください。

裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行)
 これより下部には何も記入しないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。
 切り取らないでお出しく下さい。

振替払込請求書兼受領証

口座記号番号	0	0	3	3	0	7		
加入者名	群馬県身体障害者福祉団体連合会							
金額	千	百	十	万	千	百	十	円
					1	4	0	0
ご依頼人							様	
料金	(消費税込み)		日 附 印				円	
備考								

この受領証は、大切に保管してください。