

(様式 4-1)

講師謝礼金等口座振替依頼書 (個人用)

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 御中

〈申込者〉

年 月 日

お名前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒
電話番号	— —

○認知症サポーター養成講座における講師謝礼の支払いについて、下記の口座へ振替えてください。なお、支払いの通知は通帳への記帳をもってかえることを承認します。

銀行名		支店
預金種目	1 普通	口座番号
	2 当座	
口座名義	フリガナ	

- ① ご指定の口座は個人名義のものをご記入ください。  
口座名義、フリガナは正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ② 確定申告期に支払調書をお送りいたします。支払調書の住所欄には、支払相手方の「住民票記載の住所」が必要なため、「ご住所」には住民票記載の住所をご記入ください。
- ③ 本様式については、郵送または持参にて取り扱い下さいますようお願いいたします。
- ④ **本様式については、すでに一度ご提出いただいている方も令和2年4月1日以降の講座の場合、あらためてご提出ください。**

※開催後  
※復興特

これまでに本様式を提出いただいている場合も、4月1日以降の講座で謝礼の支払いがある場合、あらためてご提出ください

新潟市福祉部 地域包括ケア推進課

【書類提出先】新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局  
(新潟県介護福祉士会)

〒950-0994

新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

TEL : 025-281-5531

FAX : 025-281-7710

E-mail : kaigo@sage.ocn.ne.jp