（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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

１普通　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，速やかにご提出くださいますようお願いいたします。

※復興特別所得税を含む10.21％源泉徴収をした上で振込みます。

**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