

別記第1号様式—1 (第4条) (別紙1 記入例)

学校給食費預金口座振替依頼書

申請日

年 月 日

金融機関 様

収 納 者	栄町会計管理者	種 類	学校給食費
申 込 者	住 所	千葉県 印旛郡栄町安食〇〇〇番地	
	フリガナ氏名	さかえ はなこ 栄 花子	電話 000-00-0000
児 童 生 徒 名	フリガナ氏名	さかえ いちろう 栄 一郎	〇〇〇〇 学校 〇 年
	フリガナ氏名		学校 年
	フリガナ氏名		学校 年

私は、上記 児童・生徒 の学校給食費を、次のとおり預金口座振替により納付したいので、下記の事項を確約のうえ、依頼します。

指 定 預 金 口 座	金融機関名	千葉県 銀行・金庫・農協 安食 支店・支所					
	種 別	1 普通	2 当座	口座番号	〇	〇	〇
	フリガナ預金者名	さかえ はなこ 栄 花子 (お届け印)					
振 替 日	4月分から5月分までの学校給食費 6月末 6月分から7月分までの学校給食費 それぞれの月の翌月の末日 9月分から翌年の3月分までの学校給食費 それぞれの月の当該月の末日 (教育委員会が特別の事情があると認めた場合は、教育委員会が指定する日)						
振 替 開 始	令和 7 年 4 月から						

記

- 私が支払うべき学校給食費につき貴行(店)に納入通知書が送付されたときは、私に通知することなく通知書記載金額を預金口座から引き落としのうえ、お支払いください。
- 預金の支払手続については、当座勘定約定書又は預金規定による諸手続はしませんので貴行(店)所定の方法で処理してください。
- 預金口座の残高が振替日において通知書の金額に満たないときは、私に通知することなく、栄町長に振替不能の通知をされても差しつかえありません。
- この契約は、貴行(店)又は栄町の都合により解除されても異議はありません。
- この預金口座振替について、仮に紛議が生じても貴行(店)には迷惑をかけません。
- 振替の都度の領収書は、省略しても結構です。

*ア この依頼書は、第1、2号様式3枚一組の複写になっていますので、ボールペンで強く書いてください。また、印鑑は申込者及び預金口座名義人の㊟の箇所にも押し印してください。ただし、預金口座名義人の㊟には、預金通帳お届け印を押し印してください。

イ この依頼書の取扱いは、取扱金融機関で受付し、確認後、納付届を取りまとめ店を通し千葉県栄町へ送付します。

(申込者控用)

千葉県印旛郡栄町安食台1丁目2番

本様式は3枚複写となっておりますこの内(申込者控用)が保護者の方の控えになります。

自動払込利用申込書

ゆうちょ銀行用

(別紙2)

記入例

自払申込

※太枠内にボールペンではっきりとご記入ください。
 ※「お届け印」欄には、通常貯金のお届け印を押してください。
 ※総合口座通帳を併せて、ご提出ください。

私は下記の払込金を次により自動払込みによって支払うこととしたいので依頼します。
 なお、本申込書は、私に代わって貴行から下記加入者にお届けください。



お申込人(口座名義人)	おところ	郵便番号 (-) 印旛郡栄町〇〇〇			
	おなまえ	フリガナ さかえ はなこ 栄 花子 様			
	日中ご連絡先電話番号	携帯	会社	自宅	- -
記号番号	記号	番号(8桁未満の場合は右詰めで記入し、その頭部の空欄には「0」をご記入ください。)			
	1	0			
		通帳に記載のある方のみご記入ください。		2枚目にもご捺印ください。	
払込先	▼お申込みの日から払込みが開始される日までの期間を1か月以上あけてご記入ください。 ▼払込日は収納加入者さまにご確認の上、ご記入ください。				
	加入者名	千葉県印旛郡栄町会計管理者			
	口座番号	00120-1-962210			
払込金の種別	該当の項目にレ印をつけてください。	<input type="checkbox"/> 電気料金 20	<input type="checkbox"/> 住宅使用料 25	<input type="checkbox"/> 授業料等 29	<input type="checkbox"/> 割賦代金 34
		<input type="checkbox"/> ガス料金 21	<input type="checkbox"/> 公庫償還金 26	<input type="checkbox"/> 購読料 31	<input type="checkbox"/> 税金 35
		<input type="checkbox"/> 水道料金 22	<input type="checkbox"/> 育英会返還金 27	<input type="checkbox"/> 年金保険 32	<input checked="" type="checkbox"/> 学校給食費
		<input type="checkbox"/> 電話料金 23	<input type="checkbox"/> 各種保険料 28	<input type="checkbox"/> 会費 33	

払込開始月 **令和7年4月から** (※) 払込日 **毎月末日** (再払込日 **—** 日) 土・日・祝日の場合は翌営業日

※払込開始月のご指定がない場合は、空欄のままご提出ください。
 ▼「ご契約者欄」はお申込人とご契約者の「おところ・おなまえ」が異なる場合にご記入ください。

ご契約者	おところ	郵便番号 (-) 印旛郡栄町〇〇〇			
	おなまえ	フリガナ さかえ はなこ 栄 花子 様			
	日中ご連絡先電話番号	携帯	会社	自宅	- -

※学校名及び児童生徒名を記入願います

〇〇小〇年	さかえ いちろう 栄 太郎	日附印
		印鑑照合 受付

(印) (枚)

(取扱店一愛特貯金事務センター)

7-30170(20)8.06.TPRN

ゆうちょ銀行