

魚沼市社会福祉協議会会員承諾書

平成 年 月 日

魚沼市社会福祉協議会長 様

住 所	〒 - 魚沼市	番地
ふりがな		
氏 名 (企業名)	印	

- 承諾する会員の別
(何れかに○印を
お願いします)
1. 一般会員 (個人) 1口 1,000円
(口 円)
 2. 特別会員 (企業、団体等) 1口 1,000円
(口 円)

上記のとおり魚沼市社会福祉協議会員になることを承諾いたします。

※複数口も可能ですので、是非ご協力ください。

〔納付方法〕希望する方法に○印をお願いします。

1. 口座振替

2. 直送 (現金納付) ※納入通知書を送付しますので、それにより納付して下さい。

ご承諾をいただいた期間につきましては、退会の申し出をいただくまでとさせていただきます
と思います。また、退会につきましては、いつでも申し出により可能です。

※口座振替を希望される場合は、下記依頼書に必要事項を記入して下さい。

口座振替依頼書 (自動払込利用申込書)

平成 年 月 日

(取扱金融機関名)

農協・郵便局

支店・支所

信用組合

出張所 御中

私は、社会福祉法人魚沼市社会福祉協議会(以下「社協」という。)から請求された金額を私名義の
下記預貯金口座から口座振替によって支払うこととしたいので、下記約定を承認の上依頼します。

1.依頼者及び指定預貯金口座(口座番号は右からつめてご記入下さい。)※フリガナを必ず記入して下さい。

機 関 金 融	預貯金種別	店番	口座番号	口座名義人	届出印
	1 普通 2 当座			フリガナ	
郵 便 局	種別	記号	番号		
	通常		の		
	種目コード	166	口座番号	11230-29011821	加入者名
住 所	〒 - 魚沼市				
世帯主氏名		町内名		電話番号	()

※注 ①第四、北越、大光の各銀行は利用できません。

②領収書は、預貯金通帳の記載により省略して差し支えありません。

③預金残高不足のため振替できないときは、私に無断で当該納付書を返却されても異議ありません。