

**訪問販売消費者救済事業に係る
救済給付金振込先指定書**

平成 年 月 日

公益社団法人日本訪問販売協会 会長 殿

<申請者及びその代理人の氏名、住所等>

(フリガナ)

【申請人】氏名： _____ 印

住所：〒 _____

電話番号： _____

(フリガナ)

【代理人】氏名又は名称： _____ 印

住所：〒 _____

電話番号： _____

決定された救済給付金は、申請者名義の下記金融機関に振り込んでください。

記

| | |
|---------------------------|--|
| 口座名義人 (申請者ご本人名義) | (フリガナ) |
| 金融機関名 銀行 信用金庫 信用組合 | 種類 <input type="checkbox"/> 普通 |
| 支店名 支店 出張所 | <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 |
| 口座番号 | |

(注) ご本人名義の口座をご指定ください。

以上

.....以下の欄には記入しないでください。.....

| 受理日 | 給付日 | 備考 |
|-------|------|----|
| | | |
| 受理 No | 給付金額 | |
| | | |