口 座 振 替 依 頼 書

令和　　年　　月　　日

広 島 県 知 事　様

　　　〒

住　所

名前（事業者名）

　　（代表者職・氏名）

広島県から私に支払われる下記１の支払は、下記２の預金口座へ振替えてください。

１ 支払金の内容

|  |
| --- |
| 令和６年度看護職員の資質向上支援事業補助金 |

２ 振替先預金口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名･支店名 | |  | | | | | | |
| 預 金 種 目 | |  | | | | | | |
| 口 座 番 号（7桁） | |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 名 義 | 通帳表紙に記載  されている名義 |  | | | | | | |
| 通帳見開きの  カタカナ表記 |  | | | | | | |

（注）１　金融機関名、預金種目、口座番号及び口座名義（表紙に記載の名義と見開きのカタカナ記入の部分）は、預金通帳で確認して記載してください。口座番号が６桁の場合は、冒頭に「０」を記載し、口座番号は必ず7桁記載してください。

２ 受領権限の委任等がある場合には、委任等を証明する書類（委任状又は 定款等）を添付してください。