

記入例

様式 9

口座振替依頼書

令和 年 月 日

広島県知事様

〒0000-0000

住所 広島県〇〇市〇〇町〇〇-〇

名前(事業者名) 医療法人◆◆◆会

(代表者・氏名) 理事長 〇〇〇〇

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年度広島県新人看護職員研修事業費補助金

2 振替先預金口座

金融機関名・支店名		〇〇銀行 〇〇支店						
預金種目		普通預金口座						
口座番号(7桁)		0	1	2	3	4	5	6
口座名義	通帳表紙に記載 されている名義	医療法人◆◆◆会 理事長 〇〇〇〇						
	通帳見開きの カタカナ表記	イ) ◆◆◆						

- (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。

・ 交付決定を受けた者と異なる者が補助金を受領される場合（口座名義人が交付決定を受けた者と異なる場合）のみ、この委任状兼口座振替依頼書を使用してください。

・ この様式には、押印が必要です。

委任状兼口座振替依頼書

令和 年 月 日

広島県知事様

代表者印に法人名等の標記が無い場合は、ここに法人名がわかる印を押印してください。

〒0000-0000 住所 広島県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
(代表者名) 医療法人 理事長
(代表者職・氏名)

医療法人 ◆◆◆
◆◆◆ 会理事長印

代表者印に法人名等の標記がある場合は、こちらの1箇所を押印で構いません。

私は、下記1の者を代理人と定め、下記2の権限を委任します。
なお、下記2に係る支払は、下記3の預金口座へ振替えてください。

1 代理人

住所	〒0000-0000 広島県△△市△△町△△-△△
フリガナ	イリョウハウジン◆◆◆カイ ★★☆☆ビョウイン インチョウ◎◎◎◎
所属・職・氏名	医療法人◆◆◆会 ★★☆☆病院 院長◎◎◎◎

2 委任する権限

令和6年度広島県新人看護職員研修事業費補助金の受領権限

3 振替先預金口座

金融機関名・支店名	〇〇銀行 〇〇支店
預金種目	普通預金口座
口座番号(7桁)	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	通帳表紙に記載されている名義 医療法人◆◆◆会 ★★☆☆病院 院長◎◎◎◎
	通帳見開きのカタカナ表記 イ) ◆◆◆カイ ★★☆☆ビョウイン インチョウ◎◎◎◎