

様式 5

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年度院内保育事業運営費補助金

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。