

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7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。

令和 年 月 日

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。

**医療法人**

◆会理事長印

◆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箇所の押印で構いません。

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。

住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 広島県△△市△△町△△-△
フリガナ	イリョウホウジン◆◆◆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◎◎◎◎

## 令和7年度広島県新人看護職員研修事業費補助金の受領権限

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◎◎◎◎						