口座振込依頼書

令和　　　年　　　月　　　日

鹿児島市衛生組織連合会長　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　町内会名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 長 名

助成金の支払いにつきましては、下記の口座に振り替えてくださるようお願いします

記

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支所　　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 口座種別及び口座番号 | 普通 ・ 当座  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

※振込先等の記入漏れを防ぐために、通帳の写しを添付してください。