口 座 振 込 依 頼 書

　年　　月　　日

鳥取県知事　平井　伸治　様

住所

氏名

連絡先

（団体にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　令和　年度鳥取県社会福祉施設等に係るPCR検査等支援事業補助金について、下記の口座に振り込んでください。

（ 振 込 先 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先  金融機関名 | 銀行・金庫　　　　　　　　　　　　本店・支店    組合　　　　　　　　　　　　　　　本所・支所 | | |
| 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座の名義 |  | | |

※（本文は提出の際、消してください。）振込先や、口座の種類の「銀行・支店・普通・当座」等の○囲みは、必要に応じて移動してください。

※（本文は提出の際、消してください。）振込先の通帳の写しを添付してください。