口 座 振 込 依 頼 書

　年　　月　　日

鳥取県知事　平井　伸治　様

住所

氏名

（団体にあっては、名称及び代表者の職氏名）

　鳥取県新型コロナウイルス感染症回復患者退院受入促進事業費補助金（社会福祉施設分）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。