様式９

記入例

口 座 振 替 依 頼 書

令和　 年　　月　　日

広 島 県 知 事　様

　　　〒〇〇〇－〇〇〇〇

住　所　広島県○○市○○町○○－○

名前（事業者名）　医療法人◆◆◆会

　　（代表者職・氏名）　理事長　○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 | | ○○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 | | | | | | |
| 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。

様式10

交付申請者以外の者の口座へ振り込みを希望される場合は，

委任状が必要です

記入及び押印例

委　　任　　状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 年　　月　　日

広　島　県　知　事　様

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。

　　　　　　　　　〒〇〇〇－〇〇〇〇

住　所　広島県○○市○○町○○－○

医療法人

◆◆◆

名前（事業者名）　医療法人◆◆◆会

　　 （代表者職・氏名）　理事長　○〇〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

１　代理人

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所 | 〒〇〇〇－〇〇〇〇  広島県△△市△△町△△－△ |
| 法人名・職名  氏　　　　名 | 医療法人◆◆◆会  ★★★ﾋﾞｮｳｲﾝ　ｲﾝﾁｮｳ◎◎◎◎ |

２　委任する権限

|  |
| --- |
| 令和6年度広島県新人看護職員研修事業費補助金の受領権限 |

３　振替先預金口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名･支店名 | | ○○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 | | | | | | |
| 通帳見開きの  カタカナ表記 | イ）◆◆◆ | | | | | | |