

記入例

口座振替依頼書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

広島県知事様

〒〇〇〇-〇〇〇〇

住所 広島県〇〇市〇〇町〇〇-〇

名前(事業者名)
(代表者職・氏名)

医療法人◆◆◆会
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年度広島県看護職員の資質向上支援事業補助金

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	医療法人◆◆◆会 理事長 〇〇〇〇 イ) ◆◆◆						
通帳表紙に記載 されている名義							
通帳見開きの カタカナ表記							

- (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。

記入及び押印例

委任狀兼口座振替依賴書

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。

〒○○○-○○○○

住 所 広島県○○市○○町○○○-○

(七番地付) 医療法人会

(代表者名) 医療法人会

(代表者職: 氏名) 理事長

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。

1 代理人

住 所	〒○○○-○○○○ 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○○○○

2 委任する権限

令和7年度看護職員の資質向上支援事業補助金の受領権限

3 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)	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 ★★★ビヨウイン インチョウ○○○○