日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助金

口 座 振 込 先 届 出 書

住所又は所在地

団体等の名称

氏名又は代表者氏名

補助金の口座振込先は、次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支 店 名 |  |
| 種　　　別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | フリガナ | | |
|  | | |

※ 「申請書兼請求書」に記入されたかた又は代表者の口座を記入してください。

※ 口座名義人と申請書の名称及び代表者が異なる場合は、下記委任状を記入してください。

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

委　任　状

令和　　年　　月　　日

　日立市長　殿

委任者　住所又は所在地

団体等の名称

氏名又は代表者氏名

下記の者を代理人と定め、日立市障害福祉サービス事業所等職員インフルエンザ予防接種費補助金の受領に関する権限を委任します。

受任者　住所又は所在地

団体等の名称

氏名又は代表者氏名