

# 口座振込承諾書

令和 年 月 日

大郷町長

殿

債権者 住 所 大郷町

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

带状疱疹予防接種費用助成事業に関する接種費助成金額 \_\_\_\_\_ 円を下記口座に振り込むことについて承諾いたします。

## 記

フリガナ 口座名義人氏名	
金融機関名	銀行 信組 本店 農協 労金 支店 信金
口座番号	普・当