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

帯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 |