

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
口座番号	信金	
	普・当	