

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

令和6年度脳健診等助成事業に関する受診料助成金額 _____ 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