様式Ａ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和４年　　月　　日

口座振替支払依頼書

 山梨県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒TEL　　　（　　　） |
| 法 人 名代表者名 | 　　　　　　　　　　　　印 |

　当法人あて山梨県から支払われる「介護職員処遇改善支援補助金（介護分）」については、次のとおり口座振込してください。

 振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 本・支店名 | 預金種別 | 口座番号 |
|  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 本・支店コード |  |  |  | １ 普通２ 当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな口座名義 |  |

**.**