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 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

**.**