神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金

口座振込申出書

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 |  |
| 支店名 |  |
| 支店番号 |  |
| 口座種類 | 普通　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

令和　　　年　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当所属 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |