様式第２号

口座振替依頼書

　　年　　月　　日

（宛先）

　埼玉県知事

法人所在地

法　人　名

代　表　者

役職・氏名

　令和６年度介護職員処遇改善支援補助金について、下記の口座に口座振替の方法により支払われたく請求します。

記

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座名義 |  | | |
| カナ名義 |  | | |
| 金融機関名  及び支店名 | 銀　行  信用金庫  農　協 | | 支　店  出張所  支　所 |
| 預金種別  及び口座番号 | 普通  当座 |  | |