（別紙）

福島県知事　様

〒　　　－

所 在 地

法人等名

代表者名

電話番号

**口座振込申出書**

　新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業補助金に係る振込口座について、下記のとおり申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀　　行  信用金庫  信用組合  協同組合  労働金庫 | 本・支店名 |  | 本　店  支　店  出張所 |
| 口座種目 | 普通預金　／　当座預金　／　その他 | | | | |
| 口座番号 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

（注）

・　口座名義人は、交付申請書の申請者（代表者）と同一にしてください。

・　この申出書と併せて、通帳等の写し（金融機関名・店名・口座番号・口座名義（氏名カナ）が確認できるページ（ゆうちょ銀行の場合は、他金融機関からの振込用受取口座の印字があるページ）を添付してください。