様式第１号－３

|  |
| --- |
| 口　座　振　込　依　頼　書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　滋賀県国民健康保険診療施設協議会 あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者名　　　　　　　　　　　　滋賀県国民健康保険診療施設協議会地域包括医療・ケア充実に向けた人材育成のための助成事業については、下記口座への振り込み払いでお願いします。記 |
|  金融機関名 |  |
|  本・支店名 |  |
|  預金種別 | １　普通預金　　　　　　２　当座預金 |
|  口座番号 |  |
|  （フリガナ） |  |
|  口座名義 |  |

 　※　国内に本支店をおく金融機関に限る。