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。