

口座振替申出書

高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金の給付については、下記口座へ振替願います。

記

金額	金																		円
振込先金融機関	銀行 () 店 ()																		
預金種別	1. 普通						2. 当座						9. その他						
口座番号	第									号									
口座名義人	フリガナ																		
	氏名																		

令和 年 月 日

(受任者) 住所 _____

氏名 _____

電話 _____ 局 _____ 番 _____

委任状

高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金受領に関する一切の件を

(受任者) _____ に委任いたします。

令和 年 月 日

(委任者) 住所 _____

氏名 _____

- 備考 1. 預金種別は、該当番号を○で囲んでください。
2. 口座名義人氏名には、必ずフリガナをお書きください。
3. 口座名義人氏名に職名がついているときは、省略せず正確に記載してください。
4. 委任者の氏名を本人が手書き（署名）しない場合は、記名押印してください。