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年度埼玉県障害福祉サービス施設・事業所等における処遇改善事業補助金について、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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 金融機関コード |  |
| 支店名 |  | 支店コード |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義（漢字） |  | | |
| 口座名義（カナ） |  | | |