

事業者認識番号(7桁)

## 口座振替依頼書

令和6年1月15日

京都府知事 様

申請書を提出する年月日を和暦で、数字は半角で記入

押印・郵送が必要な場合は「電子申請完了通知メール」に記載の「事業者認識番号(7桁)」を欄外に記載ください。

申請者 所在地 (法人所在地等)

〒123-4567

京都府〇〇市〇〇町〇〇番地

名称 (法人名等)

名称 医療法人〇〇会

代表者職・氏名

役職 理事長

氏名 京都 太郎

※ 所在地・代表者・口座情報等の変更等があれば、根拠資料等を添付の上、再提出すること

令和5年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金については、下記口座に振り込んでください。

金融機関名	〇〇銀行	
支店名	〇〇支店	該当項目をプルダウンで選択
口座種別	普通	
口座番号	1234567	誤りがないか必ず確認
口座名義人 (通帳表紙に記載されている口座名義人)	医療法人〇〇会 △△院長 京都 次郎 記載については「【参考】口座名義人の記載について」を必ずご確認ください。	
口座名義 (通帳表紙裏に記載されているカナの口座名義)	1) 〇〇カイ △△インチョウ キョウトジロウ	

※ 口座情報に誤りがあると振込不能となりますので

※ ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関からの振替口座番号を記入願います。

※ 口座名義人欄には通帳表紙に記載されている口座名義人を記入願います。

※ 口座名義(半角カナ)欄には通帳表紙裏に記載されているカタカナの口座名義を記入願います。

※ 口座名義(半角カナ)欄に該当の略称がない場合、「-」を選択してください。

## 委任状

口座名義人が申請者（法人代表者等）と異なる場合等は必ず記載してください。

令和6年1月15日

委任者（申請者）

名称（法人名等※1）	医療法人〇〇会	略称不可
代表者役職	理事長	鮮明に押印してください
氏名（※2）	京都 太郎	印

令和5年度京都府医療機関等物価高騰対策事業交付金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者（口座名義人）

住所	京都府△△市△△町△△番地
氏名（※3）	医療法人〇〇会 △△院長 京都 次郎

※1：個人の場合は記載不要

※2：法人の代表者（理事長・代表役員等）の印を押印すること（施設長の印は不可）

※3：口座名義人を転記