（別紙）

事業者認識番号(7桁)

**申請書を提出する年月日を和暦で、数字は半角で記入**

**口 座 振 替 依 頼 書**

令和 ５年　９　月　30　日

京都府知事　西脇　隆俊　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

**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。**

**略称不可**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名又は個人氏名 | 医療法人○○会**半角入力ハイフンあり** |
| 医療機関住所 | 〒123－4567 |
| 京都府○○市○○区○○町○○番地 |
|  |
| 法人代表者職・氏名　　 |
| 代表者役職 | 理事長 |
| ふりがな | きょうと　たろう |
| 氏名 | 京都　太郎 |

京都府医療機関光熱費等支援事業交付金については、以下の口座に振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | ○○銀行**該当項目に〇** |
| 支店名 | ○○支店 |
| 口座種別 | 　普通　・　当座**誤りがないか必ず確認** |
| 口座番号 | 1234567 |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ | ○○イインチョウキョウトジロウ |
| 口座名義人 | ○○医院長　京都　次郎 |

※　ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関からの振込の際に利用する「店名・預金種目・口座番号」を記入願います。

※　口座名義は、口座振込に使用できるカタカナの名義を正確に記載してください。（一部でも誤りがある場合は振込ができません）

|  |
| --- |
| **委　任　状**令和　５　年　９　月　30　日**申請書を提出する年月日を和暦で、数字は半角で記入**委任者（申請者）　法人所在地　京都府○○市○○区○○町○○番地**鮮明に押印してください**法人名　　　医療法人○○会**略称不可**代表者職名　　理事長氏　名　　　　京都　太郎京都府医療機関光熱費等支援事業交付金の受領に関する権限を以下の者に委任します。受任者（口座名義人）住所　　　京都府△△市△△区△△町△△番地氏名　　　○○医院長　京都　次郎**半角入力ハイフンあり**電話番号　123－456－789 |

**口座名義人が申請者と異なるときは、下記の委任状にご記入の上、ご捺印をお願いします。**