＜様式第４号＞

福井県医療機関・薬局等における物価高騰対策支援金

振込先金融機関口座確認書類

|  |
| --- |
| **振込先金融機関口座確認書類　写し貼り付け**  ＊口座情報が確認できる部分のコピーを貼り付けしてください。  ＜通帳の場合＞  表紙をめくった１ページ目の見開き  　＜通帳がない口座の場合＞  　　振込先口座の金融機関名、店名、預金種別、口座番号、口座名義（ カナ）が確認できる画面等 |

原本と相違ない旨証明します。

　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　役職・代表者名　　　　　　　　　　　　印