＜様式第３号＞

福井県物価高騰対策支援金（医療機関・福祉施設等）

振込先金融機関口座確認書類　写し貼り付け

＊通帳（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〉
　振込口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

振込先金融機関口座確認書類

□原本と相違ない旨、証明します。

※必ずご記入ください。

令和　　年　　月　　日

（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（法人の場合は、名称）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役職・代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印