＜様式第４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

|  |
| --- |
| 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。  　なお、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 |

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