[対象者記載用]

様式第８号（第７条関係）

鹿部町介護人材地域定着奨励金口座振込依頼書

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

鹿部町長　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　　　印

私が支給を受ける鹿部町介護人材地域定着奨励金については、下記の口座への振り込みを依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 | |  | | | | |
| 預金種目 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |