

平成 年 月 日

総合事務所長 } 様
福祉保健事務所長 }

申請者 住所 **鳥取市東町1丁目220番地**

氏名 **鳥取 太郎** 印

平成 **27** 年度鳥取県人工授精助成金口座振込依頼書

鳥取県人工授精助成事業に係る助成金については、下記口座に振込んでください。

記

振込先	金融機関名	山陰合同		<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 組合 <input type="radio"/> 農協			本店 <input type="radio"/> 支店 出張所	
	預金種別	<input type="radio"/> 普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	<input type="radio"/> とっとり たろう <input type="radio"/> 鳥取 太郎				
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

※申請者氏名と口座名義人が異なる場合は、たとえ夫婦であっても委任状が必要です。ご注意ください。(委任状の様式については、申請先の担当者にお問い合わせください。)