口 座 振 替 依 頼 書

　「鳥取県卒煙支援推進事業補助金」は下記口座に振り込んでください。

 　　　年　　月　　日

 住　　所

 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　連絡先　（　　　　）　　　―

 鳥取県知事　平　井　伸　治　　様

|  |  |
| --- | --- |
|  金融機関名 | 　　　　　　　　銀行　　　　　　　　支店　 |
|  口座番号 | 普 通当 座 |   |  |  |  |  |  |  |
|  フリガナ | 　 |
|  口座名義 | 　 |