

交野市児童福祉施設等従事者応援給付金及び
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（薬剤師）

振込先金融機関口座確認書類

申請者名：

様式1の交付申請書の法人名を記載

振込先金融機関口座確認書類 写し貼り付け
（*様式6の交付請求書で振込先金融機関口座を記入した場合のみ）

- *通帳（口座番号が書かれた部分）等のコピーを貼り付けしてください。
- *通帳の表紙ではなく、金融機関名、支店名、支店コード、分類（預金種別）、口座番号、口座名義人等が記載された部分のコピーを貼り付けしてください。口座名義はカタカナ表記の記載がある部分をコピーしてください。

原本と相違ない旨証明します。

様式1の交付申請書と
同一の印で押印

令和 3年 ●月 ●日
法人名 社会福祉法人●●●●
役職・代表者名 理事長 ●● ●● 印