**振込口座申出書**

令和　　　年　　　月　　　日

〒　　　　－

住　所

氏　名

　令和７年度ケアプラン点検アドバイザー派遣事業に係る経費については、　次の口座へ振り込んでください。

* 振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 貯金種別 | 普　通　　　　　　　　当　座 |
| 口座番号 |  |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ**  口座名義 |  |
|  |

　　　※１　振込口座申出書については、本事業に参画した主任介護支援専門員の方が作成してください。

※２　所属名義口座への振り込みを希望される場合は委任状を提出願います。