令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

鹿児島県母子寡婦福祉連合会　様

住所　龍郷町

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

金融機関振込承諾書

日常生活における家庭生活支援員派遣手当の支払いについては

振込みにすることを承諾いたします。

振込先金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号

銀行名　　　　　　　　　　　　　　コード：　　　　　　　　　　　　　普通№

支店名　　　　　　　　　　　　支店番号：

（郵貯）記号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番号

口座名義人