委任状

令和５年　　月　　日

長野県健康福祉部介護支援課長　様

補助事業者

（所在地）

（名称・代表者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、令和５年度長野県地域医療介護総合確保基金事業（介護従事者確保分）補助金の受領について、下記名義人へ依頼します。

記

１　名義人

２　振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種別 |  |
| 口座番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義 |  |