

本人名義以外の口座へ振り込みを希望される場合は記入してください。

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

私は _____ を代理人と定め、東員町妊婦及び乳児一般健康診査費補助金受領の権限を委任します。

【振込先】

金融機関名	銀行・金庫・農協 ()	支店名	支店 出張所 ()
預金種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	
(フリガナ)	()		
口座名義人	_____		