

(様式2)

令和 年 月 日

銀行等振込口座 支払指示書

社会福祉法人長野県聴覚障害者協会理事長 宛

氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 () _____

FAX 番号 () _____

「令和3年度手話通訳士・者現任研修会受講補助金」を下記振込先へ
お支払いください。

金融機関名 _____ 支店名 _____

預金種別 (普通 ・ 当座) _____ 口座番号 _____

ふりがな
口座名義 _____

※1 振込先が「ゆうちょ銀行」の場合は、通帳に記載の記号・番号により「店名」と「7桁」の口座番号を
確認し、記載をお願いします。不明な場合は、お手数ですが郵便局で聞か、当方へご連絡ください。

※2 記入された情報は「令和3年度手話通訳士・者現任研修会」受講補助金支払いの目的のみに使用し、支
払い処理後は個人情報漏洩のないよう留意して保管・破棄します。また、万一、補助しないことが決定した
場合は、すみやかに破棄します。