（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５年度手話通訳士等研修受講補助金」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

※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くか、当方へご連絡ください。

※2記入された情報は「令和５年度手話通訳士等研修」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。