

(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 \_\_\_\_\_

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。