委　　任　　状

　私は下記のものを代理人と定め、「令和５年度（２０２３年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金」の受領に関する一切の権限を委任します。

記

代理人

　郵便番号

住　　所

　商 号 等

　代表者職氏名

　　　　 年 　月 　日

委任者

郵便番号

住所

商号等

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
|  |

口座振替申出書

　本状委任に係る補助金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いします。

記

口座振込先

　金融機関名

　預金種類

　口座番号

（フリガナ）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

口座名義

受任者

郵便番号

住　　所

商 号 等

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

委　　任　　状

* **この委任状は、補助金の振り込みを希望する口座名義が、申請者（法人理事長等）と異なる場合に必要です。肩書きが異なる場合も委任状が必要です。**

**場合に提出してください。**

　私は下記のものを代理人と定め、「令和５年度（２０２３年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金」の受領に関する一切の権限を委任します。

この補助金の申請者を指します。

記

実際に振り込む口座の持ち主（口座名義人）になります。

代理人

　郵便番号

住　　所

　商 号 等

　代表者職氏名

　　　　 年 　月 　日

請求書の日付と同じ日にしてください。

この補助金の申請者を指します。

委任者

郵便番号

実績報告書と同じ印を押印してください。

住　　所

商 号 等

代表者職氏名　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
|  |

口座振替申出書

　本状委任に係る補助金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いします。

記

口座振込先

請求書の振込口座を記載してください。

　金融機関名

　預金種類

　口座番号

（フリガナ）　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

口座名義

口座名義人（上記代理人）になります。

　　　　　　　　　　　　　受任者

郵便番号

住　　所

商 号 等

代表者職氏名　　　　　　　　　　印