

特別障害者手当振込先口座申出書

銚田市福祉事務所長 殿

申請者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

㊞

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

特別障害者手当等の支払については、下記の口座に振込み願います。

金融機関名	支店名	預金種別	名義人カタカナ	金融機関 確認印	
		普通・当座			
金融機関コード		支店コード	口座番号		

注1 振込口座は、必ず受給者名義の口座を指定して下さい。

注2 金融機関コード・支店コードについては、金融機関で記入していただき、金融機関の確認印を受けて下さい。また通帳のコピーを添付すること。