

特別障害者手当・障害児福祉手当 口座振込依頼書

十日町市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

この手当について、以下の口座に振り込んでいただくよう依頼します。

対象となる手当	特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当
金融機関名	_____ 銀 行 _____ 支 店 _____ 農 協 _____ 支 店
(フリガナ)	
口座名義人	
種別	1 普通 2 当座
口座番号	