

※ 受付

年

月

日

## 口座振替依頼書

(フリガナ) 氏名		
生年月日		年 月 日
住所		
手当の種類		特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当
振 込 先	金融機関名	
	支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	
<p>特別障害者手当・障害児福祉手当について、上記の口座に振込を依頼します。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名 印</p> <p>土佐清水市福祉事務所長 様</p>		

- ◎ ※の欄は記入する必要はありません。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ 手当の支払先は受給者本人の口座に限られます。
- ◎ 通帳の写しを添付してください。