

# 口座振込届

特別障害者手当の振込先として、下記の口座を届けます。

令和 年 月 日

朝来市福祉事務所長 様

〒 -

住所

氏名

電話番号

(自署されない場合は記名押印ください)

記

| 振込先金融機関名                     |                 | 預金種目  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|-----------------|-------|--|--|--|--|--|
| 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合<br>信用組合 | 支所<br>支店<br>出張所 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |
| 口座名義                         |                 | 口座番号  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)                       |                 |       |  |  |  |  |  |
| (氏名)                         |                 |       |  |  |  |  |  |