

# 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 信用金庫 農業協同組合 信用組合	支所 支店 出張所	普通・当座					
口座名義		口座番号					
(フリガナ)							
(氏名)							