

口座振替依頼書

年 月 日

宝塚市長 様

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

今後、支給される

特別障害者手当

障害児福祉手当

福祉手当 については、下記の口座に振り込んでください。

| | | |
|-------|-------|-----------|
| 金融機関名 | 銀行 | 支店 出張所 |
| 預金種目 | 普通 当座 | その他 () |
| 口座番号 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

備考

口座は、必ず受給資格者本人の名義の口座を記入してください。