

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。