

口座振込申出書

特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づく手当の支払いについては、下記口座に振り込まれるよう申し出ます。

記

* いずれかに□（チェック）を付けてください。

- 障害児福祉手当
- 特別障害者手当
- 経過的福祉手当

口座名 (受給者の口座)	銀行	本店
	信用金庫・組合	支店(所)
	農業協同組合	出張所
	普通・当座 (いずれかを○で囲む)	
	口座番号 ()	
	口座名義 (漢字)	
	口座名義 (カタカナ)	

口座名義 (漢字)・・・通帳表紙に記載されているもの 口座名義 (カタカナ)・・・通帳表紙の裏に記載されているもの

年 月 日

住 所

受給者氏名

印

始良市福祉事務所長 殿