

認定番号	
------	--

下妻市重度心身障害児童福祉手当振込依頼書

平成 年 月 日

下妻市長 稲葉 本治 殿

住 所 下妻市 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ (印)

(対象児氏名 _____)

下妻市重度心身障害児童福祉手当の下記金融機関への振込みを依頼します。

金融機関名	支店名					
	記号(1)					
フリガナ						
口座名義人						
預金種別	普通 ・ その他 () (2)					
口座番号						

1 ゆうちょ銀行を指定された場合は記号(5桁の数字)を記入してください

2 預金種別は該当のものを で囲んで下さい。その他の場合は()に預金種別を記入してください。

備 考

上記記載事項に変更があった場合には直ちに申し出て下さい。