

特別障害者手当等口座振込申込書

請 求 者	1 氏 名	
	2 住 所	佐渡市 番地
指定金融機関 口座名義人 口座番号	1 金融機関名	銀行 支店・本店 信組 支所・本所 農協 出張所・店
	(フリガナ) 2 名 義 人	
	3 口座番号	普 通

特別障害者手当等の振込みについて、上記の金融機関へ振り込まれるよう申し込みます。

令和 年 月 日

届出者氏名

請求者との関係 ()

佐渡市社会福祉事務所長 様

記入上の注意

◎この申込書の「請求者」は特別障害者手当認定請求の「認定を受けようとする方」になります。

◎金融機関の振込口座は「請求者本人」の口座にしてください。

◎ゆうちょ銀行（郵便局）の記号・番号では振込みできません。ゆうちょ銀行振込用の「店名・預金種目・口座番号」が必要になります。