

特別障害者手当等口座振替依頼書

茨城県県南県民センター長 殿

受給者 住所
(請求者)

氏名

特別障害者手当等の支払いについては、下記の口座に振り込み願います。

金融機関名			支店名		
銀行・信用金庫 信用組合・農協			本 店		
			支 店		
			出張所		
金融機関コード	支店コード	預金種別	口座番号		
		当座・普通			
口座名義人名（カタカナ）				金融機関確認印	

注1 振込口座は、必ず本人名義の口座を指定してください。

注2 金融機関コード・支店コードについては、金融機関で記入していただき
金融機関の確認印を受けてください。