

特別障害者手当

口座振替依頼書

障害児福祉手当

令和 年 月 日

長野県上伊那福祉事務所長 様

住 所

氏 名

令和 年 月 日付けで請求した特別障害者手当 について、下記のとおり
障害児福祉手当
口座振替をしてください。

記

金融機関名	銀行 金庫 組合 支店
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
(ふりがな) 口座名義人	