様式第１６号（第２４条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 整理番号 |  |
| 口座振替依頼書　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 氏名 | 　　 |
| （ふりがな） |  |
| 住所 | 　〒電話番号　　　　　（　　　　）　　　　　 |

　　　　　障害児福祉手当　　私の　特別障害者手当　を下記の預金口座に口座振替払いをしていただきたく　　　　　（福祉手当）　お願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関店名 |  | 銀　　行（信用金庫）（農　　協） |  | 本（支）店 |
| 預金口座名・番号 |  |

　春日部市福祉事務所長　あて |
| * 審 査
 |  |

◎　※印欄は記入しないでください。

◎　字は楷書ではっきり書いてください。