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。