

様式第16号(第24条関係)

		整理番号	
<u>口座振替依頼書</u>			
年 月 日			
(ふりがな)			
氏 名			
(ふりがな)			
住 所	〒		
	電話番号 ()		
<p>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。</p>			
金融機関店名	銀 行 (信用金庫) 本(支)店 (農 協)		
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。