特別障害者手当

障害児福祉手当　　銀行口座振込依頼書

福　祉　手　当

令和　　　年　　　月　　　日

川西市会計管理者　様

住　　　所　　川西市

障害者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　（　　　　）　　　　―

特別障害者手当

障害児福祉手当　の支払いは、下記の金融機関に振込むよう依頼します。

福　祉　手　当

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀 行 名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　支店 | | |
| 預金種別 | 普通・当座・貯蓄 | 口座番号 |  |
| ふりがな  口座名義人 |  | | |
|  | | |

※口座は、受給者（障害者本人）の名義に限ります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒666-8501

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　川西市中央町１２－１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 川西市役所　障害福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 １階　⑭番窓口

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＴＥＬ　（072）740-1178（直通）