様式第13号(第23条関係)

特別障害者手当等口座振替届出書

かすみがうら市福祉事務所長

請求者

住所

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

特別障害者手当等の支払については、次の口座に振込み願います。

<table>
<tr><td colspan="2">金融機関名</td><td colspan="2">支　店　名</td><td>預金種別</td><td colspan="2">名義人カタカナ</td><td rowspan="2">金　融
機　関
確認印</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td>普通預金</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">金融機関コード</td><td colspan="2">支店コード</td><td colspan="3">口　座　番　号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

注1　金融機関は、郵便局以外の金融機関を指定してください。

注2　振込口座は、必ず本人名義の口座を指定してください。

注3　金融機関コード・支店コードについては、金融機関で記入していただき金融機関の確認印を受けてください。