

口座振替払依頼書

新 座 市 長 宛
(障がい者福祉課)

年 月 日

対象者 障がい者名	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒 丁 目 番 号			
	電 話	()			

依頼人	☐ 本人 ☐ 同居家族		
	☐ その他	氏 名	続柄()
		住 所	〒
		電 話	()

下記の口座に振替払いしていただくようお願いします。

振込口座	口座名義人	フリガナ	障がい者と名義人との続柄				
	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号			
	銀行 組合 金庫 農協 漁協	支店 本店 出張所	1 普通 2 当座 3 貯蓄				
	ゆうちょ 銀行	通帳記号	通帳番号				
		の					

上記口座を指定する事業にチェックを入れてください

- ☐ 重度心身障がい者福祉手当
- ☐ 重度心身障がい者医療費
- ☐ 精神通院医療費

市役所確認欄	入力日	支払有無	備考
重度心身障がい者福祉手当	/	—	
重度心身障がい者医療費	/	有・無	
精神通院医療費	/	有・無	

