

別紙第3号

口座振替申込書	
指定金融機関名	支店名
預金種別	(普通預金・当座預金)
口座番号	
上記の預金口座に 〔障害児福祉手当 特別障害者手当 福祉手当〕の振替をお願いします。	
令和 年 月 日	
甲斐市福祉事務所長 殿	
住所 氏名	

※ 金融機関は郵便局を除きます。

※ 手当は障害者本人に支給されますので、障害者名義の預金口座を記入してください。

ただし、障害者本人が死亡した際に残り支給対象分(未支払分)を配偶者等が代わりに受給する場合は、その該当者名義の預金口座を記入してください。