

# 口座振込依頼書

金融機関名		預金種別	口座番号
銀行	支店名		
		普通預金	NO

特別障害者手当については、上記の預金口座へ振り込んでください。

令和 年 月 日

富士宮市福祉事務所長様

住所

氏名