

# 口座振替支払申請書

平成 年 月 日

伊勢市会計管理者様

住所  
申請者  
氏名 (印)  
(受給資格者との続柄 )

伊勢市から交付を受ける次の手当については、下記の預金口座に振り込んでください。

なお、口座に振り込まれたときは、同時に、手当を受領したものと認めます。

振替金融機関名		口座		
銀行	支店	口座種別	記号番号	名義人(受給資格者)
銀行	支店	普通		ワガナ
農協	支所			
支払内容	1. 特別障害者手当 2. 障害児福祉手当 3. 福祉手当 4. 未支払分の特別障害者手当 5. 未支払分の障害児福祉手当 6. 未支払分の福祉手当			
該当するものを○で囲んでください。				

※口座名義人について、支払内容が1～3の方は、障がい者本人とし、支払内容が4～6の方は、未支払手当請求者本人にしてください。

※この申請書は、市役所内障がい福祉課へ提出してください。