

# 口座振替依頼書

障害児福祉手当  
特別障害者手当 の支給について、口座振替の方法により下記に振込願います。  
経過的福祉手当

年 月 日

宮城県 保健福祉事務所長 殿

受給者氏名  
(認定請求者)

記

振込金融機関名	銀行		支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
ヨミガナ 口座名義人氏名			
ヨミガナ 口座名義人住所			
電話番号			