

神栖市難病患者福祉手当支払方法変更届

年 月 日

神栖市長 様

受給者

住 所 神栖市

氏 名

電話番号

下記のとおり、神栖市難病患者福祉手当に係る支払方法変更について届け出ます。

振込金融機関名	
預金の種類	
口座番号	(店番) (口座番号)
口座氏名(カタカナ)	

注 振込口座は、原則本人名義の口座を指定して下さい。