

神栖市心身障害者（児）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、神栖市心身障害者（児）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。