

ねたきり身体障害者等福祉手当振込依頼書

年 月 日

(あて先)

佐倉市会計管理者

受給者住所

受給者氏名

㊞

電話

電話区(能・)

年 月 日以降、私が佐倉市から受領する代金は下記のところへ振り込んでください。なお、変更の申し出がない限り本依頼書は引き続き存続するものとします。また、佐倉市が指定金融機関（千葉銀行佐倉支店）へ払い込んだとき、その債権が弁済されたものとします。

振込先	_____ 銀 行 _____ 支店 _____ 信 用 金 庫 _____ 支店 _____ 農業協同組合 _____ 支店	
フリガナ		
口座名義人		
口座の種別	1. 普 通 2. 当 座	
口座番号		
ねたきり身体障害者 (重度知的障害者)	氏名	

※口座名義人は受給者となります。