

口座振替依頼書

大分市から支給される心身障がい者のための手当を、依頼書の提出日より取り消しの申し出のある日まで下記の指定振込口座にお振り込みください。

指 定 振 込 口 座							
金融機関名				支店名			
普通預金	口座番号						
口座名義	(フリガナ)						

令和 年 月 日

大分市会計管理者

殿

住所	
氏名	
電話番号	()