

口座振替払申出書

平成 年 月 日 以降、茂原市より受領する茂原市重度心身障害者福祉手当、国福祉手当、重度心身障害者(児)医療費助成、千葉県心身障害者扶養年金、茂原市福祉タクシー運賃助成金及びその他給付金はすべて口座振替により、下記の振替先へ払込みください。

なお、今後文書による変更の申し出をしない限りこの申請書は引続き存続するものとします。また、茂原市が市の指定金融機関をして私の指定した振替先へ口座振替払を依頼したとき、その債権が弁済されたものとします。

平成 年 月 日

茂原市会計管理者 様

申請者 住 所

氏 名

印

電 話 番 号

対象者 氏 名

(申請者と異なる場合)

振替先	金融機関名	本支店名	預金種目	口座名(預金名義人)	口座番号
		銀行 農協 信用組合 金庫	本店 支店 出張所	普通 当座	フリガナ