

様式第3号(第5条関係)

介 護 手 当 請 求 書

年 月 日

紀宝町長 様

受給者(申請者)住所 紀宝町

氏名

年 月 日付け 第 号で認定通知のありました紀宝町介護手当について、下記口座へ振り込まれますよう請求します。

記

(ふりがな) 口座名義人	*
金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協
本・支店名	本店・支店・出張所
預 金 種 目	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	

(注意) *受給者(申請者)の預金口座とする。ただし、ゆうちょ銀行、郵便局は利用できません。