

特定疾患闘病者激励金口座振込依頼書

和 気 町 長 殿

金融機関

銀 行
信用金庫
農 協
支 店
支 所

令和 年 月 日

口 座 名 義 人	住 所		
	氏 名		印

私が給付を受ける
特定疾患闘病者激励金を
下記口座へ振込みください。

預 金 の 種 類	口 座 番 号						
1. 普 通 (総合)							
2. 当 座							
3.							

(右詰めで記入
してください)

※ 記入しないでください
