

手当振込先変更届

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日提出

(ふりがな) 氏名								男	明治									
								・	大正	年	月	日生						
居住地	〒																	
電話番号	— —																	
被爆者健康手帳 の番号	1	9	1	1	6	0	1	1										
									(右詰め7ケタ)									
手当の種類 (該当するものに0をつけてください)	医療特別手当 ・ 特別手当 ・ 原子爆弾小頭症手当 健康管理手当 ・ 保健手当 ・ 介護手当																	

《振込先》

銀行 信金 農協	支店	普通 ・ 当座	No.
----------------	----	---------------	-----

(受給者氏名と口座名義人の氏名が一致しないと振り込めませんので御注意ください。)

◎添付書類

変更後の振込先口座がわかる通帳又はキャッシュカードの写し