

## 口座振替依頼書

平成 年 月 日

奈良県知事 殿

手帳番号	
氏名	印
住所	〒 - 奈良県

(医療特別・特別・小頭症・健康管理・保健・介護) 手当について、下記口座に振り込んでいただくようお願いします。(該当手当名を○囲んでください)

## 記

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 営業所 出張所
預金種別	普通 ・ 総合 ・ その他 ( )	
口座番号		
口座名義人 (カタカナ)		

※1 本人名義口座をお願いします。