

# 預金口座振込依頼書

金融機関名・支店名	銀行			支店
口座の名称・番号	普 通 当 座	番 号		
口座開設者氏名	(フリガナ)			

長崎県心身障害者扶養共済制度に係る 年金(弔慰金・脱退一時金) を上記の口座に振り込みくださるようお願いいたします。

年 月 日

長崎県知事 様

〒 ( )

住 所

年金受給権者 (フリガナ) ( ) 印  
又は年金管理者 氏 名  
(弔慰金・脱退一時金の場合：加入者)

電話番号

通帳の写し(預金口座記載部分)を添付してください。