

傷病等見舞金振込依頼書

令和 年 月 日

魚 沼 市 長 様

傷病等見舞金を下記口座に振込を依頼します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____

●振込先金融機関

金融機関名	支店名	種別	名義人（カナ）	口座番号
		普通・当座		

※振込先通帳の写しを添付してください。

担当：市民福祉部 福祉支援課
TEL：025-792-9767