

原子爆弾被爆者手当の金融機関口座等の変更届

熊本県知事 様

年 月 日

〒
居住地

ふりがな
氏名

電話番号 (自宅)
(携帯)

次のとおり原子爆弾被爆者(手当)の受取り金融機関口座を変更
したいのでお届けします。

	変 更 前 (全項目を記入してください。)	変 更 後 (変更する項目のみを記入してく ださい。)
金融機関名		
支店名		
預金種別		
口座番号		
ふりがな 口座名義人		

注意: 手当の受取りは、県に登録されている金融機関に限ります。

手当受給者と口座名義人には、同一でなければなりません。

この届は、居住地を管轄する保健所(居住地が熊本市の場合は県庁健康づくり
推進課)に提出してください。