

様式第1号

## 仙台市外国人高齢者等福祉手当支給申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

仙台市外国人高齢者等福祉手当支給要綱第5条の規定に基づき、次のとおり福祉手当の支給を申請します。

申請者本人		申請代理人	
住所 〒		住所 〒	
Tel	— —	Tel	— —
フリガナ		フリガナ	
氏名	(男・女)	氏名	
フリガナ	※ 郵便物のあて名など	本人との続柄	
通称	として希望する場合		
生年月日	年 月 日 ( 歳)		

次の口座に振り込んでください。

口座名義	フリガナ	金融機関名	銀行 信金 信組 農協
		店舗名	支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	.....

(※ 郵便局以外の申請者本人名義の口座を指定してください。)