

公害健康被害補償給付口座変更依頼書

(障害補償費・療養手当・療養費用)

堺市長 殿

令和 年 月 日

被 認 定 者	ふりがな					認定 番号	堺						—
	氏 名												
	住 所	〒 TEL () —											
補 償 給 付 受 領 者	振 込 先	金 融 機 関 名	支 店 名		口 座 番 号								
		金融機関コード	支店コード		預 金 種 別								
												1. 普通 2. 当座 3. ()	
	フリガナ												
	口 座 名 義												

- 1 堺市長から私に支給される補償給付費は、この依頼書に基づきお支払いください。
- 2 この依頼書に基づき堺市長が支給額を上記に振り込んだときをもって、堺市長から補償給付を受けたものとします。
- 3 受給資格喪失などの場合に、誤って振り込みがなされた金額については、支払いを取り消されても異存はありません。

(注)

* 受給者は、被認定者本人です。