

氏 名 ・ 住 所 ・ 口 座 変 更 届

年 月 日

社会福祉法人  
愛知県母子寡婦福祉連合会 理事長 殿

本 人 福祉事務所

決定番号

住 所

氏 名

印

社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会高等職業訓練促進資金貸付規程第12条  
第1項第1号の規定により下記のとおり届け出ます。

記

		新	旧
フリガナ			
氏 名			
住 所		〒	〒
		電話	電話
振込希望 口 座	金融機関 名称		
	支店名称		
又は	口座の 種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号		
返金口座	フリガナ		
	口座名義		
変更年月日		年 月 日	

※福祉事務所は、高等職業訓練促進給付金を支給している又は支給していた福祉事務所名を記入する。