서식18호

복지급여계좌변경신청서					처리기간
					즉 시
신 청 인 (보호자 또는 대리인)		성 명		생년월일	
		주 소	(전화:)		
		보호자와 관계 (대리인의 경우)			
복지급여계좌	현 행	금융기관		예 금 주	
		계좌번호			
	변 경	금융기관		예 금 주	
		계좌번호			

위와 같이 복지급여계좌 변경을 신청하오니, 현재 지급받고 있는 급여 전체를 위 변경계좌로 입금하여 주시기 바랍니다.

년 월 일

신청인 : _____(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]