

乳 児  
児 童  
生 徒

医療費助成金口座振替請求書

下記の者にかかる福祉医療費助成金については、指定する預金口座へ口座振替してください。

療 養 者	須 崎 太 郎	生 年 月 日	M T S ㊤ 8 年 6 月 1 日
-------	---------	---------	---------------------

金 融 機 関 名	須 崎 市 銀 行	支 店 名	須 崎 市 支 店
預 金 種 目	普 通		
口 座 番 号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
フリガナ	ス サ キ ハ ナ コ		
口 座 名 義 人	須 崎 花 子		

口座名義人と債権者は同一の保護者の方でお願いします。

平成 24 年 2 月 1 日

(債権者)

住 所 須 崎 市 山 手 町 1-7

氏 名 須 崎 花 子

印

須 崎 市 会 計 管 理 者 様

(注) 口座名義人と債権者は同一人物であること。