

乳 幼 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		生年月日	H・R	年	月	日
-------	--	------	-----	---	---	---

金融機関名		銀行	支店名		支店
預金種目	普 通				
口座番号					
フリガナ					
口座名義人					

令和 年 月 日

(債権者)

住 所

氏 名

印

須崎市会計課長 様

(注) 口座名義人と債権者は同一人物であること。