

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

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 。