

障害 高齢障害 医療費助成金口座振替申出書

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	M T S H 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

須崎市会計管理者 様

(注) 口座名義人と債権者は同一人物であること。