

重度心身障害者医療費助成費 口座振込依頼書

中央市長 殿

令和 年 月 日

受給者氏名	
受給者生年月日	大・昭・平・令 年 月 日

私あてに、中央市から支払われる重度心身障害者医療費助成金については、次のとおり口座振込をしてください。

開始年月

令和 年 月	開始 変更
--------	----------

助成金 振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号			
			1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他				
	口座名義人 (カタカナ)						

※ 預金種別は、普通または当座、その他のどれかに○をつけてください。
口座名義は受給者本人か、申請者のみ登録できます。