

【口座振替申請書】
(重度心身障がい者医療費助成金専用)

和水町会計管理者 殿

今後、和水町から支払われる重度心身障がい者医療費助成金受領については、下記預金口座へ振込まれますよう依頼します。

(申請年月日) 令和 年 月 日

(受給資格者) 氏 名 _____

(申請人) 住 所 _____

受給資格者との続柄 () 電話番号 (_____)

氏 名 _____

記

銀行を希望される場合	銀行	支店
農協を希望される場合	農協	支所
郵便局を希望される場合	1 -	1

預金種別 (○でかこむ)
1. 普通預金 2. 当座預金

口 座 番 号

フリガナ	
口座名義人	_____

通帳コピー	_____
-------	-------

※ なお、今後の重度心身障がい者医療費助成金の受領については、金融機関の振込領収書と、この申請書をもって受領印にかえます。