

医療費助成金口座振込申請書《新規・変更》

助成内容	こども・妊産婦・ひとり親・重心	フリガナ								
		氏 名								
	※ 該当するものに○をつけてください	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生							
振 込 金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所								
	※貯蓄預金口座は取り扱っておりません									
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号								
	※どちらかに○をつけてください		※ 通帳の番号を右づめで正しくご記入ください							
口座名義	フリガナ									
	氏 名									
	※ 通帳に記載されている氏名を正しくご記入ください									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

受給資格者
住 所 那須塩原市

氏 名

電 話 ()

《処理欄》以下の欄は記入しないでください

受 付 日	受 給 者 番 号							開 始 支 払 月
								年 月～
	入 力 日							

