

## 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																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">入 力 日</td> </tr> </table>									入 力 日								年      月～
入 力 日																		