

重度心身障がい者医療費助成口座振替変更届

令和 年 月 日

矢吹町長 様

住 所 _____
 (フリガナ) _____
 届 出 人 _____ 印
 電話番号 (自宅) _____
 (携帯) _____

重度心身障がい者医療費助成について、振替口座を下記のとおり変更したいので届出ます。

記

新

受給者番号																						
フリガナ																						
対象受給者 氏 名																						
振 込 先 口 座	名 称	銀 行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所																				
	預金種類	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金																				
	支店番号											口座番号										
	口 座 名 義 人 (金融機関口座名義をカタカナで記載して下さい。)																					

※預金種類は該当のものを○で囲んで下さい。

旧

振 込 先 口 座	名 称	銀 行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所																		
	預金種類	普通預金 ・ 当座預金 ・ 貯蓄預金																		
	支店番号										口座番号									

備 考	※	処理欄	※	入力者

※欄は記入しないで下さい。

1. 通帳コピー（銀行名、支店名、口座番号、名義人の記載があるページ）を添付して下さい。
2. この届けでは受給者の変更は出来ません。