

(重度心身障害者医療費用)

口座振込払依頼書

令和 年 月 日

(あて先)

戸田市会計管理者

住所

氏名

⑩

戸田市重度心身障害者医療費の支給に関する条例（昭和59年12月21日条例第30号）に基づく、重度心身障害者医療費助成金を、下記の金融機関預金口座名義に振込払いされるよう依頼します。

なお、この振込払依頼書をもって代金の受領と認め、別に領収書等は発行いたしません。

記

払込み金融機関名 銀行・信用金庫 支店

預金の種目 当座預金 ・ 普通預金

預金口座番号 No.

フリガナ
預金名義人

備考 ◎預金種目は、該当を○で囲んでください。

◎預金名義人は、保護者又は受給資格者となります。

◎訂正は二重線で見え消しを行い、その上から訂正の印を押印してください。（修正液等は使用できません。）