

子ども  
心身障害者  
ひとり親家庭等  
重度心身障害老人等

## 医療費助成金支給口座変更届

|                 |       |       |
|-----------------|-------|-------|
| 受給者番号<br>被保険者番号 | 宛名コード | 受給者氏名 |
|                 |       |       |

助成金の振込口座について、下記の口座に変更することを申請します。

年 月 日

檀原市長 殿

申請者(相続人代表者) 住所

氏名

電話・FAX — —

|                |                 |        |                   |  |  |  |  |  |
|----------------|-----------------|--------|-------------------|--|--|--|--|--|
| 銀行・信金<br>農協・信組 | 本店<br>支店<br>出張所 | 預金種目   | 口座番号(右詰めをお願いします。) |  |  |  |  |  |
|                |                 | 1 普通預金 |                   |  |  |  |  |  |
|                |                 | 2 当座預金 |                   |  |  |  |  |  |
|                |                 | 3 その他  |                   |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード        | 店番(店舗番号)        |        |                   |  |  |  |  |  |
|                |                 |        |                   |  |  |  |  |  |
| フリガナ           |                 |        |                   |  |  |  |  |  |
| 口座名義人          |                 |        |                   |  |  |  |  |  |

※ 本人以外の口座を指定する場合は、下記の委任状欄に記入してください。

### 委任状

私は\_\_\_\_\_を代理人と定め、(子ども・心身障害者・ひとり親家庭等・  
重度心身障害老人等)医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

申請者

氏名

代理人

住所

氏名

続柄

電話・FAX — —

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| 受付    | 入力    | 確認    |
| / [ ] | / [ ] | / [ ] |