

子ども
心身障害者
ひとり親家庭等
重度心身障害老人等
精神障がい者

医療費助成金支給口座変更届

受給者番号と受給者氏名を受給資格証を見ながら
ご記入ください。

受給者番号 被保険者番号	宛名コード	受給者氏名
1234567		榎原 太郎

乳幼児・子ども医療費受給者：乳幼児・子
どもの扶養義務者
心身障害者医療費受給者：受給者本人（受
給者本人が18歳未満の場合は扶養義務
者）
ひとり親家庭等医療費受給者：子どもを現
に扶養している者
※受給者本人が死亡している場合は相続
人代表者の住所氏名等をご記入ください。

座に変更することを申請します。

記載例

住所 榎原市〇〇町〇〇番地〇-〇
氏名 榎原 一郎
電話・FAX 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇

〇〇	銀行 信金 農協・信組	〇〇	本店 支店 出張所	預金種目 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号（右詰めでお願いします。）								
金融機関コード				店番（店舗番号）			1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	1	2	3							
フリガナ		カシハラ シロウ											
口座名義人		榎原 次郎											

※ 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 榎原 次郎 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・精神障がい者）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 榎原 一郎

代理人

住所 榎原市〇〇町〇〇番地〇-〇

氏名 榎原 次郎

続柄 子

電話・FAX 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇

申請者（記入者）以外の口座を指定
した場合のみ、こちらの委任状の記
入をお願いいたします。
（※記入者の口座に振込む場合は記
入不要です。）

受付	入力	確認
/ []	/ []	/ []