

こども医療費支払金口座振替依頼書

令和 年 月 日

坂戸市会計管理者 あて

住 所

氏 名

電 話

下記のとおりこども医療費の支給口座を変更するよう依頼します。

記

振込先金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協	支 店
コード番号	銀行コード	支店コード
預金種類 (○で囲むこと)	普通預金 ・ 当座預金	
口座番号		
預金名義人	(フリガナ)	
受給資格証番号		
乳 幼 児	氏 名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日

振込先口座の変更は令和 年 月支給分からとなることに同意します。

サイン _____

入力済