

こども医療費支払金口座振替依頼書  
 (注) お子様の名義の口座では登録できません。

**本日の日付を記入**

平成××年 ○月 ×日

坂戸市会計管理者 あて

**保護者の氏名**

住所 坂戸市千代田1-1-1  
 坂千アパート201  
 氏名 坂戸 太郎  
 電話 090-0000-△△△△

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	埼玉	銀行	信用金庫	まがたま	支店
コードが不明であれば空欄で結構です。 コード番号	銀行コード			支店コード	
	9	8	7	6	1 2 3
預金種類	普通預金 ・ 当座預金				
必ず「受給資格者名義(受給資格証の保護者名義)」の口座を指定してください。	0 1 2 3 4 5 6				
	(フリガナ) サカド タロウ 坂戸 太郎				
受給資格証番号	2 4 1 2 3 4 5 ・ 2 3 1 3 4 5 6				
乳幼児	氏名	(フリガナ) サカド オウタ ・ サクラ 坂戸 桜太 ・ さくら			
	生年月日	平成 17 年 3 月 4 日 23 4 15			

振込先口座の変更は令和〇〇年〇〇月支給分からとなることに同意します。

申請月の翌月から変更になります。

サイン 坂戸 太郎

ご記入いただいている方のサインをお願いします。