

# ひとり親家庭等医療費支払金 口座振替依頼書

令和 年 月 日

坂戸市会計管理者 様

住 所

氏 名

私が坂戸市から受けるひとり親家庭等医療費を下記口座に振込むよう依頼します。

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 (支店番号)
預金種類	普通預金		
口座番号			
(ふりがな) 預金名義人			
受給資格証番号			

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 \_\_\_\_\_

市処理欄	子ども医療費指定口座の変更希望(有・無)
------	----------------------