

記入例

ひとり親家庭等医療費支払金 □座振替依頼書

本日の日付 令和〇年〇月〇日

坂戸市長 様

保護者の住所、氏名

住所 坂戸市千代田1-1-1
坂千アパート201
氏名 坂戸 花子

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変更を依頼します。

記

振込先金融機関名	埼玉 銀行 信用金庫 農協 まがたま 支店						
銀行コード、支店コードは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 (支店番号)					
	9	8	7	6	1	2	3
預金種類	普通預金						
口座番号	0123456						(注)保護者名義。児童名義の口座は登録できません。
(ふりがな) 預金名義人	さかど 坂戸 はなこ 花子						
受給資格証番号	6	5	4	3	2	1	0
	6	5	4	5	4	9	2
ひとり親家庭等医療費受給者証(水色)の番号です。 ※ 不明の場合は空欄にしてください。							

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。