

第5号(第6条関係)

年 月 日

古河市長 宛て

(申請者)

住 所

氏 名

㊟

電話番号 ( )

口座振込依頼書

私が市から助成を受ける医療費は、次の口座に振り込むものとし、私から別段の申出をしない限り、引き続き以後の支払分についても振り込むよう申請します。

なお、市が助成する医療費を次の口座に振り込んだときは、当該医療費を受領したものと認めます。

《受給者》

受給者氏名	生年月日	受給者番号 ※市記入欄
	年 月 日	
	年 月 日	

《振込口座》

振込先	金融機関名					店舗名				
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合					本店 支店・支所 出張所				
	金融機関 コード					店舗コード				
預金種目	普 通 当 座	口座番号								
フリガナ										
口座名義人										