

重度心身障害者医療費助成口座振替依頼書

佐賀市長様

重度心身障害者医療費助成の支払いについて、下記の名義の口座に振り込みされるよう依頼します。

令和 年 月 日

助成対象者	氏名	
受給者	住所	(TEL ー)
	氏名	® ※本人署名（自筆）の場合は、押印不要

記

支払いを希望する金融機関		
金融機関名	() 銀行	本店・() 支店
	() 金庫	本店・() 支店
	() 農協	本所・() 支所
口座番号 (普通預金)	店番号	口座番号
名義	カナ	
	漢字	

注：口座は原則として本人名義であること（未成年者の場合は扶養者でも可）。
ゆうちょ銀行も指定できます。