

# 精華町 医療費の助成金 口座振込（新規・変更）届出書

（資格を喪失した場合は、届出口座の情報を消去します）

受給者	フリガナ 氏名						金融機関名 銀行 信用金庫 協同組合 ( )
	生年月日 年 月 日						
証の種類 (□に✓)	<input type="checkbox"/> (福) 福祉医療費受給者証老 <input type="checkbox"/> (子) 京都子育て支援医療費受給者証						振込口座
	<input type="checkbox"/> (福) 福祉医療費受給者証障 <input type="checkbox"/> 重障老人健康管理事業対象者証						
	<input type="checkbox"/> (福) 福祉医療費受給者証親						
受給者証番号							店舗名 ( ) 口座種別 口座番号(右づめ) 普通・当座 フリガナ 口座名義人

- ・受給者本人の口座番号を記入してください。
- ・受給者が未成年者の場合は保護者(父又は母)名義の口座を登録してください。

精華町長 様

精華町福祉医療費助成金支給申請により、助成金の支給決定を受けた場合は、上記の届出口座で受け取ります。なお、受給者以外の届出人の届出の場合、その他関係者から異議等の申し出があったときは届出人において解決します。

年 月 日

届出人① 受給者が未成年者の場合は、受給者の父母が届出人となります。

受給者と同じ住所

住所

氏名

.....

(続柄 )

電話番号 ( )

届出人② 受給者が未成年者の場合は、受給者の父母が届出人となります。

受給者と同じ住所

住所

氏名

.....

(続柄 )

電話番号 ( )

精華町使用欄

※受付チェック	
資格	<input type="checkbox"/>
年齢	<input type="checkbox"/>
口座委任	<input type="checkbox"/>
口座	<input type="checkbox"/>
届委任	<input type="checkbox"/>
届出者	<input type="checkbox"/>

精華町受付印

〒 □

入力印

— 精華町使用欄 —

届出人の本人確認	
届出人①	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 [ ]
届出人②	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 [ ]