

申請書の記入例

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)

1 受給者	フリガナ	セイカ タロウ	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合
	氏名	精華 太郎	店名	精華 精華町支店
2 証の種類	生年月日	令和2年 4月 1日	口座種別	口座番号(右づめ)
	<input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証老	<input checked="" type="checkbox"/> 京都子育て支援医療費受給者証	<input type="checkbox"/> 普通	当座 0 1 2 3 4 5 6
	<input type="checkbox"/> 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	フリガナ	セイカ ダイスケ
	<input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証難		口座名義人	精華 大輔
受給者証番号				

- ・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。

3
令和3年 4月 1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 京都府相楽郡精華町大字南稻八妻小字北尻70
 氏名 精華 大輔
 (続柄 父)
 電話番号 0774 (95) 1929

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 京都府相楽郡精華町大字南稻八妻小字北尻70
 氏名 精華 花子
 (続柄 母)
 電話番号 0774 (95) 1929

精華町使用欄

届出人の本人確認

届出人① 免許証 保険証 マイナンバーカード その他()

届出人② 免許証 保険証 マイナンバーカード その他()

精華町受付印

〒

入力印

精華町 医療費の助成金 口座振込 委任状

5
一 受け取りの委任状 一

成人の受給者が受給者の名義でない口座で助成金の受け取りを希望する場合は、委任状が必要です。

私は、精華町医療費の助成金の受領を下記の受任者に委任します。

【委任者(受給者)】 氏名 _____

【受任者】
 受給者と同じ住所
 住所 _____
 氏名 _____
 (委任者との続柄 _____)

6
一 届出の委任状 一

受給者でない者が届出をする場合は、委任状が必要です。
 (受給者が未成年者の場合は、父母からの委任が必要です。)

私(達)は、精華町医療費の助成金口座振込の届出を下記の代理人に委任します。

【委任者①】
 受給者と同じ住所
 住所 _____
 氏名 _____
 (受給者との続柄 _____)

【委任者②】
 受給者と同じ住所
 住所 _____
 氏名 _____
 (受給者との続柄 _____)

【代理人】
 受給者と同じ住所
 住所 _____
 氏名 _____
 (【委任者①】との続柄 _____)

申請書の記入方法

- ① 受給者の氏名、フリガナ、生年月日を記入し、証の選択、受給者番号(7ケタ)を記入してください。
重障老人健康管理事業の方は後期高齢者医療被保険者証の被保険者番号、初めの0を除いた7ケタを記入してください。
- ② 振込を希望される金融機関名、店舗名、口座種別、番号および名義人の口座を記入してください。
- ③ 届出日(郵送の場合は記入した日)、届出人の住所、氏名および電話番号を記入してください。
- ④ 届出人の本人確認をさせていただきます。郵便でのお手続の場合は不要です。
- ⑤ 成人の受給者が受給者の名義でない口座で助成金の受け取りを希望する場合、受任者の住所、氏名、続柄および委任者(受給者)の氏名を記入してください。
- ⑥ 届出人が受給者以外の場合、代理人の住所、氏名、続柄、委任者の住所、氏名および続柄を記入してください。