

高齢重度障害者医療費支給申請書 兼 振込口座登録申請書(新規・変更)

※太枠内をご記入ください。

申請日 年 月 日

フリガナ		受給者番号
受給者		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	

振込先	金融機関名		銀行	信用金庫	金融機関	
	支店名		信用組合	農業協同組合	コード	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄	支店	本店	支店	
	口座番号		出張所	営業部	コード	
		フリガナ				
		口座名義				

口座名義について	<input type="checkbox"/> 受給者本人の口座	<input type="checkbox"/> 成年後見人の口座	確認事項	他の親族等から異議の申し立てがあったときは、申請者である私の責任において解決し、貴市に一切ご迷惑をおかけしないことを確約します。
	<input type="checkbox"/> 配偶者の口座	<input type="checkbox"/> ()の口座		
	<input type="checkbox"/> その他の親族の口座			

三田市長あて

高齢重度障害者医療費助成制度の給付を申請します。
支給がある場合は、上記に記載した名義人の預金口座へ振り込んでください。
上記について、疑義が生じる場合においては、一切の責任を負います。

申請者 ※手書きしない場合は記名押印してください。 連絡先 ()

続柄 受給者本人・配偶者・親族・成年後見人・その他 ()

住所

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--