

記入見本

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	サンダ タロウ				受給者番号
受給者	三田 太郎				
生年月日	明・大・昭・平・令 8 年 9 月 9 日				
振込先	金融機関名	●●●●	銀行	信用金庫	金融機関コード
	支店名	●●	信用組合	農業協同組合	支店コード
	預金種別	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄	支店	本店	出張所
	口座番号	1 1 1 1 1 ●●	出張所	営業部	営業部
	フリガナ	サンダ タロウ			
	口座名義	三田 太郎			
口座名義について	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者本人の口座	<input type="checkbox"/> 成年後見人の口座			
	<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				
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。				
三田市長あて					
<p>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。</p>					
申請者	三田 太郎	※手書きしない場合は記名押印してください。		連絡先	079 (559) ●●●●
続柄	受給者本人	配偶者・親族・成年後見人・その他 ()			
住所	三輪2丁目●-●				

記名の場合押印してください。

受付 入力 確認