

高齡重度障がい者医療費助成制度口座申請書

記入例

		受給者番号	1234567
受給者氏名	川西 太郎	生年月日	大・昭 ◆年 ○月 △日
住所	川西市中央町12番1号		
電話	072	— 740 —	1111

申請者(受給者以外) 住所 川西市中央町12番1号
氏名 川西 花子
電話 072-740-1111 続柄 妻

高齡重度障がい者医療費の支給を下記の預金口座に振込依頼します。
後期高齡者医療制度の高額療養費等との給付調整を行うことに同意します。

令和 ◆年 ○月 △日

川西	銀行	信用金庫	中央	支店
		農業協同組合		出張所
				支所
普通	当座	貯蓄	口座番号	1234567
フリガナ	カワニシ ハナコ			
口座名義人	川西 花子			

※振込先情報の記載がある通帳やキャッシュカードのコピーの添付をお願いします。