

受給者名	フリガナ		受給者番号								
	氏名										
	生年月日										
	住所	生駒市									

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	本店 支店 出張所	種別	口座番号							
			1.普通								
			2.当座								
			3.貯蓄								
	フリガナ										
	口座名義人										

受給者にかかる医療費を私が負担しているため、医療費自動償還口座の登録を上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

生駒市長あて

住所

申請者 氏名

電話番号 ()