

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

医療証に記載の番号

医療費助成の対象者

振込口座	銀行	種別	口座番号						
	信用金庫		本店	1.普通					
	信用組合		支店	2.当座					
	農協 労働金庫		出張所	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

申請者の方

生駒市長あて

住所

申請者 氏名

電話番号 ()