

ひとり親家庭等医療費自動償還登録口座申請書

【新規・変更】

住 所	生駒市			
氏 名			受 給 者 番 号	
昭・平・令 年 月 日生				
昭・平・令 年 月 日生				
昭・平・令 年 月 日生				
昭・平・令 年 月 日生				
昭・平・令 年 月 日生				
振 込 口 座	銀行	本店	種 別	口 座 番 号
	信用金庫	支店	1.普通	
	信用組合	出張所	2.当座	
	農協		3.貯蓄	
	フリガナ			
	口座名義人			
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 ()				