

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				医療証に記載の番号
氏 名				受給者番号	
昭・平・令 年 月 日生				医療費助成の対象者全員分	
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					
申請者の方		住所			
申請者		氏名			
		電話番号 ()			