

口座振込依頼書

年 月 日

平川市より支払われる平川市子ども医療費給付事業に係る給付は、今後下記の口座へ振り込んでください。

●依頼者（保護者）

フリガナ			
氏名			
住所	平川市		
郵便番号	—	電話番号	— —

●振込先

コード番号		
金融機関	銀行 金庫・組合 農協・漁協	本店・支店 本所・支所

預金種別	普通 貯蓄	口座番号							
------	-------	------	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		
口座名義人		

●給付対象となる子ども

受給資格証番号	フリガナ 氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日

※ フリガナは必ず記入してください。

※ 口座名義人は、金融機関に届出しているものと同じものを記入してください。