

障・こ・ひ 医療費助成振込口座変更届

(受付印) (届けにきた人) 令和 年 月 日
住所 加賀市
氏名
電話番号 () -

受給者番号	障	こ	ひ
(ふりがな) 受給者氏名		生年月日	昭・平 令 年 月 日
(ふりがな) 受給者氏名		生年月日	昭・平 令 年 月 日
(ふりがな) 受給者氏名		生年月日	昭・平 令 年 月 日
(ふりがな) 受給者氏名		生年月日	昭・平 令 年 月 日

変更したい振込先の口座			
銀行名等	銀行・金庫・信組		本店
	農協・漁協		支店
フリガナ		口座番号	普
通帳名義人			当

* 口座振込先変更の理由

- ① 口座解約等による変更 ② 受給者の死亡等による相続
③ その他 ()

* 上記の理由が②・③の場合記入

医療費助成相続人代表者届又は医療費助成受領代理人届

相続代表者の住所・氏名 または	住 所	
受領代理人の住所・氏名	氏 名	印 受給者との続柄

* 上記の理由が③の場合記入

委任状

私は医療費助成の受領を上記代理人に委任します。		
受給者の氏名	氏 名	印 代理人との続柄

処理欄	令和 年 月 日	処理者印
-----	----------	------