

新 規
変 更

口座振替支払依頼書

下記件名の支払は、下記預金口座に振込み願います



令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市会計管理者

認印を2カ所に押してください。

申 請 者	氏 名	フリガナ カナザワ ハナコ 金沢 花子	
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇月 〇日	
	住 所	〒 920-0000 金沢市広坂〇丁目〇番〇号 Tel (076) 220-2233	
	受給者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 受給資格証番号を記入してください	

件 名	ひとり親家庭等医療費助成金					
期 間	年 月 日 から			年 月 日 まで		
預金口座 (上記の申請者名義)	〇〇〇	銀 行 信用金庫 農業協同組合	店 番 x x x	本店 支店 支所	普通 当座	口 座 番 号 x x x x x x

記入しなくてよいです