

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 年 月 日

(宛先) 金沢市会計管理者

(〒 -) 住所 金 沢 市 _____
ふりがな

(Tel -) 氏名 (保護者) _____
(子ども医療証記載の保護者の方です。)

件 名	子 育 て 支 援 医 療 費 助 成 金 (子どもの氏名 _____)					
期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
預金口座 (上記の保護者名義)	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合	店 番		本店 支店 支所	普通 当座	口 座 番 号
	口座名義人(カタカナ)					
※ 整理番号						

区	子ども医療証番号							銀 行 コ ー ド							口 座 番 号													
口 座					保 険					入 力					郵 便					備 考								