

どちらかに○印を付けてください。

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

保護者の方の住所・氏名をご記入ください。

(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 住所 金沢市 金沢市 広坂〇丁目〇番〇号

ふりがな

(TEL〇〇〇-〇〇〇〇) 氏名(保護者) かな さわ た ろう 金沢 太郎

(子ども医療証記載の保護者の方です。)

件名	今回お届けいただくお子さまのお名前を記入 子育て支援医療費助成金 (子どもの氏名 金沢 一郎)					
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 <input checked="" type="radio"/> ○ 信用金庫 農業協同組合	店番 支店 支所	本店 支所 当座	普通	口座番号 〇〇〇〇〇〇	
※ 整理番号	カナザワ タロウ 保護者の方の口座をご記入ください。					

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