押印願います

様式第５４号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　該当に○を記入願います

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替支払依頼書　　　　　新 ・ 変下記件名の支払は、下記預金口座に振込み願います。令 和　　年　　月　　日　（あて先） 金沢市会計管理者助成対象者の方の住所・氏名・ふりがな・電話番号を記入願います住　所　金沢市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな氏　名　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　 　―　 　　　　）助成対象者の方の銀行等の口座について記入願います

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　名 | 障害者医療費助成 |
| 期　　間 | 　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 預金口座 | 　　銀　　行信用金庫農業協同組合 | 本店支店支所 | 普通当座その他 | 口座番号 |
| 受給者番号 |  |

 |
|  | 受給者番号 | 銀行コード | 種 | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |