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 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |