

ぬくもり医療費預金口座振込依頼書も記入の仕方は同じです。

医療福祉費預金口座振込依頼書

公費負担者番号	受給者証に記載されている「公費負担者番号」を記入	受給者氏名	氏名を記入
受給者番号	受給者証に記載されている「受給者番号」を記入	生年月日	生年月日を記入 年 月 日生
住所	受給者の住所を記入		
期間	記入不要	令和 年 月 日から 年 月 日まで	

上記期間の診療に係る医療福祉費について下記預金口座に振り込み願います。

申請日を記入
令和 年 月 日

申請者の住所、氏名、日中連絡の取れる電話番号を記入

住所
申請者氏名
電話

取手市長 殿

金融機関名	銀行コード	支店コード	振込む金融機関名、支店名を記入
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		
備考	預金種目を選択し、口座番号、口座名義人（フリガナ）を記入		

※ 銀行コードと支店コードを記入する必要はありません。

- (注) 1. 事務の手続き上なるべく市内の金融機関を指定して下さい。
2. フリガナ、電話番号も必ず記入願います。