

ぬくもり医療費預金口座振込依頼書

公費負担者番号		受給者 氏名	
受給者番号		生年月日	年 月 日 生
住所			
期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで		
上記期間の診療に係るぬくもり医療費について下記預金口座に振り込み願います。 令和 年 月 日 取手市長 殿 住所 申請者氏名 電話			

金融機関名	銀行コード		支店コード		
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					

※ 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。