

(別紙1)

子ども医療費助成用口座登録・変更依頼書

我孫子市長 あて

子ども医療費助成における振込を、下記のとおり登録・変更依頼します。

年 月 日

保護者住所 我孫子市 _____

保護者氏名 _____ 子どもとの続柄 (_____)

電話番号 _____

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			支店
	普通・当座	口座番号			
	フリガナ				
	口座名義人				

中学生以下のお子様全員の名前を記載してください。

※子ども医療費の助成を受ける兄弟姉妹がいる場合、全ての子どもの振込先を変更します。

受給者番号																				
名前																				
生年月日	年 月 日					年 月 日					年 月 日									
受給者番号																				
名前																				
生年月日	年 月 日					年 月 日					年 月 日									