

# 重度心身障害者医療費振込口座変更届

令和 年 月 日

君津市長 様

届出人  
住所  
氏名  
受給者との続柄  
電話番号

受給者氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
受給者住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ		
下記のとおり、振込口座を変更したいので届出ます。			
金融機関名		口座種別	普通 ・ 当座
金融機関コード		口座番号	
支店名		フリガナ	
支店コード		口座名義人	
摘要			