

預貯金口座振込依頼書

平成 年 月 日

君津市長 様

届出人

住所

氏名

⑩

電話番号

受給資格番号

受給資格者

重度心身障害者医療費を下記口座に振り込みくださるよう依頼します。

住 所

フリガナ

名義人

金融機関名

銀 行
信用金庫
農 協
信用組合

支店

口座種別

普通 当座 貯蓄

口座番号

摘 要