

高齢重度障がい者医療費助成制度口座申請書

		受給者番号	
受給者氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
住所			
電話			

申請者(受給者以外)

住所

氏名

電話

続柄

高齢重度障がい者医療費の支給を下記の預金口座に振込依頼します。
後期高齢者医療制度の高額療養費等との給付調整を行うことに同意します。

令和 年 月 日

	銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 出張所 支所
普通 当座 貯蓄	口座番号	
フリガナ		
口座名義人		

振込先情報の記載がある通帳やキャッシュカードのコピーの添付をお願いします。