

重度心身障害者医療費
振込金融機関届出・変更届

令和 年 月 日

猪苗代町長 様

住 所 _____
申請者 _____
氏 名 _____ 印 _____

下記のとおり、振込金融機関を
届け出ます。
変更します。

受給者 証番号 <small>※新規の場合 は不要</small>		受給者 氏 名		明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日生
---------------------------------------------	--	------------	--	----------------------------	--------

○新しい振込先

障害者本人の口座に限ります

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義
				刀がナ

※郵便局には振り込みできません。

※障害者本人の口座が開設できない場合は、委任通知書を提出してください。

○旧振込先（変更する場合のみ記入してください。）

金融機関名	支店名	預金種類	口座番号	口座名義
				刀がナ