

# 福祉医療費助成 償還依頼書

【別紙③】

(宛先)  
枚方市長

※ <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span> 部分をご記入ください。
---

医療機関に支払った医療費について、医療助成課からの償還がある場合は、下記の金融機関口座へ振り込みを依頼します。なお、受領に伴う事故について、枚方市に迷惑をかけないことを誓約します。

年 月 日
-------

申請者	住 所	
	氏 名	受給者との続柄 ( )
	電 話	- -
	F A X	- -
(亡くなられた方) 受給者本人	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日

## 振込先

※ゆうちょ銀行またはそれ以外の金融機関のどちらかに振込の場合でも口座名義人はご記入ください。

(フリガナ)		受給者 との 続柄	
口座名義			

### ・ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名		店 名			
S	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種別 (あてはまるものに○)	普通 当座 貯蓄	口座番号 (右詰め)			

### ・ゆうちょ銀行

振込用の店番・口座番号がわからない場合は、預金通帳の「記号・番号」をご記入ください。

金融機関名	ゆうちょ 銀行	預金種別 (あてはまるものに○)	普通 当座 貯蓄			
店 番		口座番号				
店番・口座番号 が不明な場合	記 号	(*)	番 号			
		a				

(\*) 記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、空欄にしてください。

どちらか一方をご記入ください

## 事務処理欄

受給者番号( 80 82 86 88~90 )

受付印	入力