

福祉医療費助成 償還依頼書

(宛先)
枚方市長

医療機関に支払った医療費について、受給している医療費助成制度適用後の自己負担額が、1か月の上限額を超えたものについては、下記の金融機関口座へ振り込みを依頼します。

_____年 _____月 _____日

申請者 <small>(保護者)</small>	住所	
	氏名	対象者との続柄 ()
	電話	- -
	F A X	- -
対象者 <small>(お子様)</small>	氏名	
	生年月日	

振込先 (口座名義人)

(フリガナ)		対象者 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 ・ コード				店 名 ・ コード							
				<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		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座					
				(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 コード	ゆうちょ銀行				預金種別				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄					
	9	9	0	0										
店番				口座番号										
店番・口座番号 が不明な場合	記号				(※)	番号								
	(※) 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。													

事務処理欄

受給者番号 (8 6)

受付印	入力

いずれか一方をご記入ください