

## 重度心身障害者医療費助成口座振り込み依頼書

あさぎり町長 様

住 所 あさぎり町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私が申請しましたあさぎり町重度心身障害者医療費助成金については、下記の金融機関に振り込んでいただきますよう依頼します。

記

受給対象者( )

金融機関名	銀行		支店
	農協		支所
	信用組合		支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ		

※確認のため、通帳のコピーを添付してください。