（別紙１）

# 子ども医療費助成用口座登録・変更依頼書

我孫子市長　あて

子ども医療費助成における振込を、下記のとおり登録・変更依頼します。

年　　月　　日

保護者住所　我孫子市

保護者氏名　　印　　子どもとの続柄（　　）

電話番号

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀　行<br>信用金庫　　支店<br>農　協 | |
| | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

登録及び変更をするお子様の名前を記載してください。
記載いただいたお子様の口座を登録・変更いたします。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受給者番号 | | | |
| 名前 | | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 受給者番号 | | | |
| 名前 | | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |