

重度心身障害者医療助成金支払先変更届

受給者	番 号	郡 山 第 号		
	氏 名			
	金融機関	銀行 信用組合 農協 信用金庫	《職員記入欄》	
	支店名	支店 出張所	《職員記入欄》	
	口座種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	口座名義人 ※漢字・フリガナの両方をご記入ください。	フリガナ		
		氏 名		
個人コード	《職員記入欄》			
備 考				

上記のとおり、重度心身障害者医療費助成金の支払先を変更したいので届けます。

令和 年 月 日

郡 山 市 長

住 所 郡山市

氏 名

印