

## 子育て支援医療費助成金振込口座指定届

昭和町長                      様

下記口座へ振込み願いたく届け出ます。

年    月    日

住 所                      昭和町

保護者

氏 名

電 話(                      )                      -

(印)

対 象 小 児	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	年    月    日生			
	受給者番号				
口 座 番 号 等	金融機関名	支 店 名	口 座 番 号		
			普 ・ 当		
口 座 設 置 者 住 所、氏 名	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
備 考					