

口座振替依頼書

令和 年 月 日付で申請しました福祉医療費を次の口座に振り込んで
くださるようお願いいたします。

令和 年 月 日

湯 沢 市 長 様

住 所

氏 名(申請者)

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本 店 支店・支所	預 金 種 別	普 通 当 座 そ の 他
	金融機関コード	店舗コード		
口座番号				※右詰で記入
口座名義人カナ (カタカナで記載願います)				

委 任 欄	本請求に基づく福祉医療費の受領を下記代理人に委任します。		
	令和 年 月 日		
	委任者(申請者)	住 所	
		氏 名	㊞
	代理人	氏 名	