

# 振込口座登録(変更)依頼書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

所在地

名称

電話番号

次のとおり、ふじみ野市子ども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度心身障害者医療費支給制度に係る保険診療一部負担金について、当該受給者に代わって支給を受けるための口座登録を依頼します。

※(新)欄のみ御記入ください。

次のとおり、登録内容の変更を依頼します。  
変更年月 年 月 日

	(旧)	(新)
医療機関等 名称		
代表者氏名		
所在地	〒	〒
電話番号		

## 振込口座

※必ず振込先が分かるもの(通帳等)のコピーを添付してください。

金融機関名		金融機関コード							
本店・支店・出張所名			店番コード						
預貯金種目	1:普通 2:当座	口座番号							
口座名義人 (カタカナ)									

### 【連絡先及び提出先】

〒356-8501

埼玉県ふじみ野市福岡1-1-1

ふじみ野市役所子育て支援課 子育て安心係

電話番号:049-262-9041