

函館市重度心身障害者医療費助成 口座登録申請書

令和 年 月 日

函館市長様

住所

申請者 氏名

受給者との続柄

電話

今後、助成金については、下記の支払方法により支払いをしてください。

受給者	受給者証の 受給者番号		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
	氏名						
口座情報							
金融機関名		銀行 金庫 組合	店舗名	本店 支店 ( )			
口座種別	普通	( )	口座番号				
				※「0」を省略せず左詰め7桁で記入			
フリガナ							
口座名義人 (受給者)							

※受給者本人または保護者以外の口座に振込を希望される方は委任状も記載して下さい。

(委任状)

函館市長様

私は、下記の者を代理人と定め、函館市重度心身障害者医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

受給者(頼む人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人(頼まれる人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_