

重度心身障がい者、ひとり親家庭等及び子ども医療費振込口座確認書

令和 年 月 日

医療機関コード	
医 療 機 関 名	
代表者職氏名	
住 所	
金 融 機 関	銀行 信金 農協 支店
□ 座 種 別	普通 ・ 当座
□ 座 番 号	
□ 座 名 義 人	フリガナ
	氏 名