

日の出町指定疾病医療費助成金振込申請について

「日の出町指定疾病医療費助成金」について、指定疾病対象者又は代理人が申請してください。

助成金については、口座振込になりますので、下の口座振込指定申請書に該当事項をご記入・押印の上、町民課保険年金係へ提出してください。

町民課 保険年金係 TEL 042-597-0511 (内284~286)

《記入例》

住所	〒		ご記入ください。				印		必ず押印してください。		
氏名											
電話											
振込先	日の出	銀行	日の出	支店							
		信用金庫									
		農協									
	普通当座()	1	2	3	4	5	6	7			
口座名義	(フリガナ) ヒデタロウ										
	日の出 太郎										

→ 該当するところに○をつけてください。

キリトリせん

口座振込指定申請書

(指定疾病対象者:)

上記の指定疾病対象者の助成金は以下の金融機関の預金口座に振り込みくださるよう申請します。

平成 年 月 日

日の出町長 殿

〒

対象者本人または代理人	住所										
	氏名	印									
	電話										

振込先	銀行								支店	
	信用金庫									
	農協									
	普通当座()									
口座名義	(フリガナ)									

日の出町指定疾病医療費助成金振込先