

# 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(認定)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、下記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。					必ず押印してください。	
氏名								印	
電話									
振込先	日の出		銀行 信用金庫 農協					日の出 支店	
	普通当座( )		1	2	3	4	5	6	7
口座名義	(フリガナ) ヒメデ 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。

年 月 日

日の出町長様

〒

対象者本人 住所  
又は代理人 氏名 印  
電話

振込先			銀行 信用金庫 農協					支店	
	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