

高齢者医療費助成口座名義人委任・変更申立書

東京都西多摩郡日の出町長 殿

医療証番号 _____

医療助成対象者名 _____

私は、日の出町高齢者の医療費の助成申請に伴う助成費の受領口座を下記口座にすることを下記の者に委任します。

記

令和 年 月 日

委任者 住所 _____

氏名 _____ (印)

受任者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 : ()

本、医療助成対象者との続柄 _____

(受任者口座)

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

以上