

重度心身障がい者医療費助成金支払先変更届書

受給者名	受給者証 記号・番号							
	氏名				生年月日			
	住所							
保護者名	氏名				生年月日			
	住所							
	電話番号				受給者との 関係			
変更後の 支払先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			支店名	支店		
	口座番号				口座種別	普通・当座		
	口座名義人	フリガナ						
		氏名(漢字)						
<p>上記のとおり変更したので、口座番号がわかる書類、を添えてお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>西会津町長 様</p> <p>住所 届出人 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>(注)これ以下は記入しないで下さい。</p>								
決 裁	課長	課長補佐	係長	係員	処 理 欄	変更		処理者印
						年月日	年 月 日	