

子育て医療費サポート事業助成費口座振込依頼書

子育て医療費サポート事業の助成費について、下記の預金口座に振込を依頼いたします。

記

指定預金口座

金融機関名	信用金庫 ・ 商工信組 銀行 ・ 農 協						
支店名等	支店 ・ 出張所						
預金の種類	1. 普通			2. 当座			
口座番号							
(フリガナ)							
口座名義人							

*口座名義は必ず申請者（保護者）の方を記入してください。

年 月 日

西会津町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名