台　帳	口　座	入　力

No.

口座振替支払依頼書
（請求委任及び口座振替依頼）

令和　　年　　月　　日

鹿児島市長　下鶴　隆央　　殿

申請者住所　鹿児島市　　町　　番地
丁目　　番　　号

氏名

私に助成される重度心身障害者等医療費助成金の請求について、障害福祉課長に委任します。
また、助成金は下記名義の口座に振替で支払われるよう依頼し、受給資格が消滅しないかぎり同様の取り扱いをお願いします。

記

対象者氏名	振替先				
	金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 口座名義
	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 出張所	普通 当座		

（対象者との続柄：　　）

※対象者本人署名の場合は、押印は必要ありません。