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　〇年　△月　×日

鹿児島市長　下鶴　隆央　殿

申請者住所　鹿児島市　山下　町　番地
丁目　１１番　１　号

氏名　鹿児島　花子

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

重心医療の助成金を支給する振込口座をお書きください。

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
鹿児島　太郎	〇〇　銀行・金庫・農協・組合	〇〇　本店・支店・出張所	普通・当座	〇〇〇〇〇〇〇	カゴシマ　タロウ 鹿児島　太郎

（対象者との続柄：　本人）

※対象者本人署名の場合は、押印は必要ありません。