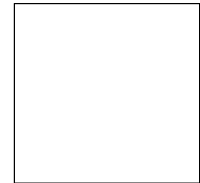


受付印



## 請求委任及び口座振替依頼書

熊本市長 (宛)

令和 年 月 日

※太わく内をご記入ください。

受給資格者 (養育者)	住所	熊本市 区		
	氏名		TEL	自宅 携帯

私が受給資格者の期間中、熊本市から支払われる子ども医療費助成金の請求を貴市所管所属長に委任します。

また、その助成金を下記の金融機関口座に口座振替で支払いされますよう依頼します。

記

(新規・変更)

※太わく内をご記入ください。

子の氏名					生年月日	H R	年	月	日
ひまわりカード	記 号	二	番 号						
金融機関名					口座名義人 (受給資格者)				
銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 ( )					アガナ				
銀行コード	店番号	種別	口座番号 (※右寄せで記入してください)						
		1 普通 2 当座							