

⑧ 茅ヶ崎市ひとり親家庭等医療費助成請求書

(宛先) 茅ヶ崎市長

請求者 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

<振込先口座>

口座名義人 ※カタカナ記入					預金種目 該当に○	普通 ・ 当座		
金融機関	銀行・金庫 農協・信用組合				支店・出張所 本店・営業部			
金融機関・銀行 コード				支店コード 店番号				
口座番号 ※右詰め記入								

請求金額								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

※申請者・請求者・口座名義人は同一の保護者氏名をご記入ください。

職員 使用	受付	確認書類	職員
	窓口	通帳・キャッシュカード・封筒（署名あり） 本・代…免許証・資格確認書等・マイナンバー・パスポート・（ ）	
	郵送	代（ ）	