

子ども医療費振込口座登録（新規、変更）申請書

年 月 日

中津市長 あて

申請者（保護者）

住所	中津市
氏名	⑩
電話	— —

子ども医療費助成金を下記口座に振り込むように登録いたします。

フリガナ							
子ども氏名							
生年月日	年	月	日				
金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合・労働金庫						
支店名	本・支店						
預金種目	1,普通	2,当座	口座番号				
口座	フリガナ						
	氏名						

※入力欄

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--

--	--	--

お子さまの名義の口座では登録できません。

※赤い枠の中のみを記入してください。

登録・変更受付確認欄

--