

# 振込先口座変更届

令和 年 月 日

(宛先) 八 潮 市 長

所 在 地

名 称

電 話 番 号

代 表 者 名

印

八潮市こども医療費支給に関する振込先口座を下記のとおり変更します。

\*振込先口座について

医療機関コード(7ケタ) \_\_\_\_\_

金融機関名	
支 店 名	
口 座 番 号	普通
フリガナ	
口座名義人	