

申請先  
神奈川県 横浜市

申請者情報

申請者情報は以下のとおり。

項番	項目名	内容
1	受付番号	xxxxxxxxxxxxxxxxx
2	申請日時	xxxx年xx月xx日 xx時xx分xx秒
3	手続名称	後期高齢者医療制度加入者の重度障害者医療費助成 振込口座指定届出
4	氏名 (漢字又はアルファベット)	〇〇 〇〇
5	氏名 (フリガナ)	〇〇〇〇 〇〇〇〇
6	生年月日	xxxx年xx月xx日
7	性別	〇〇
8	郵便番号	xxx xxxx
9	現住所	神奈川県 横浜市〇〇区 〇〇町 〇〇番地
10	電話番号	xx xxxx xxxx
11	メールアドレス	xxxx@xxx.com
12		
13	申請書ページ数 (本ページ含む)	2ページ
14	添付ファイル名称	

自治体整理欄	マイナンバーカードからの転記なし マイナポータルに登録している情報の利用なし
--------	---