

高 齢 重 度 障 害 者 医 療 費 助 成 金
振 込 口 座 指 定 届 出 書

横 浜 市 長

届 出 日 令 和 年 月 日

届 出 者 名

住 所

電 話 番 号 ()

横 浜 市 重 度 障 害 者 医 療 証	公 費 負 担 者 番 号	8	0	1	4	4			
	受 給 者 番 号								
受 給 者 氏 名									
生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日 生								
口 座 情 報	名 義 人 氏 名		(カ ナ)						
			(漢 字)						
	金 融 機 関 名		銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協			支 店 名			
			普 通 店 番		番 号	右 詰 め で ご 記 入 く だ さ い			
口 座 名 義 人 と 受 給 者 の 続 柄			本 人 ・ 配 偶 者 ・ 子 ・ そ の 他 ()						
本 人 以 外 の 口 座 を 指 定 す る 理 由			<input type="checkbox"/> 本 人 口 座 な し → な る べ く 本 人 名 義 の 口 座 を 設 定 願 い ま す 。 <input type="checkbox"/> 本 人 死 亡 (※) (年 月 日) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()						

※ 本人以外の口座を指定する理由が本人死亡の場合、以下についてご確認のうえ申請してください。
 (確認できない場合は申請できません。)
 この口座名義人は受給者の相続人であり、ほかの相続人から代表者として選任されています。なお、
 受領した当該医療費助成金について、相続に関する異議申し立てを横浜市に行いません。

医療援助課 確認欄	一次チェック	二次チェック