

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	公費負担者番号	8	0	1	4	4		
重度障害者 医 療 証	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