（健康福祉局被爆者支援課）

　　　 令和　　年　　月　　日提出

住　　　所　 　〒

電話番号

フリガナ

法　人　名

フリガナ

実施医療機関名

　　毒ガス障害者の健康診断費・医療費については、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 店　舗　名 | 預金種目 | 口　座　番　号 |
| 銀　　行  　　　　　　　　　信用組合  　　　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　　　農　　協 |  | 普通  当座  別段 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |

◎口座振替のできる金融機関　（漁業組合を除く。ゆうちょ銀行(郵便局)の場合は振込用口座を記入してください。）

◎契約者氏名と口座名義が異なる場合は、**委任状**が必要です。

　◎法人の場合は、法人の口座をご記入ください。

　◎誤振込を防ぐため、通帳のコピーを添付してください。