（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。