（健康福祉局被爆者支援課）

 　　　 令和　　年　　月　　日提出

 　　　 〒

　　住　　　所

　　電　　　話　　　　（　　　）　　　 －

　　医療機関名

　　毒ガス健康診断費については，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 |  |
| 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。