口座振替依頼書兼変更届（個人用）

公害医療手帳 記号番号	東大阪303－	
被認定者氏名		
	変更前	変更後
金融機関名	銀行コード（　　）	銀行コード（　　）
支店名	支店コード（　　）	支店コード（　　）
預金種別	1．普通（総合）2．当座 3．貯蓄	1．普通（総合）2．当座 3．貯蓄
口座番号		
（フリガナ）		
口座名義		
変更年月日	年　　月　　日	
変更理由		

上記のとおり届出します。

年　　月　　日

届出者　　郵便番号 〒　　－

住　　所

フリガナ

氏　　名　　印

電　　話

受付印

年　　月　　日　入力済 □

※注意事項
1　口座名義及び届出者は被認定患者本人に限ります。
　（被認定患者本人が15才未満の場合は、届出者、名義人とも保護者になります。）
2　記載事項にもれがある場合は受付できませんので、太枠内はすべて記入して下さい。