

重度心身障害老人健康管理事業費 支給申請書(新規・変更)

重度心身障害老人健康管理事業費(以下、健管)の支給について申請します。支給については以下の口座への振り込みを依頼します。

健管対象者	受給者番号	0							生年月日	大正・昭和 年 月 日
	受給者氏名									
	電話番号	() -							☐ 本人 ☐ 本人以外()	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()								本店 支店 出張所 ()	
	口座番号							預金種別	普通・当座・貯蓄	
	口座名義人 (カタカナ)									

※振込口座名義人が受給者と異なる場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	私は、下記の者を代理人と定め、健管給付金の受領に関する権限を委任します。		
	委任者	住所	
		氏名	
	受任者	住所	
氏名			

委任者(受給者)が自署できない場合は、委任の意志を確認の上、名前の横に押印してください。