令和　　年　　月　　日

口 座 振 替 依 頼 書

　大分県知事　　　　　　　　殿

 　　　 住所

 　 　 　　 氏名　　　 　 　　　　　　 印

　下記のとおり、口座振替するように依頼します。

結核療養費の請求に係る振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 銀行名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座の種類 | □普 通　 □当 座 　□貯 蓄 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 | （ふりがな） |