

口座振替申出書

年 月 日

札幌市長様

受任者
住所
名称

氏名

印

以下の事項（○印）に関する費用については下記の口座に振り込んでください。

	肝炎ウイルス検診
	胃がん検診
	大腸がん検診
	子宮がん検診
	乳がん検診
	前立腺がん検査
	胃がんリスク判定
	歯周疾患検診
	予防接種
	乳児精密健康診査
	1歳6か月児精密健康診査
	3歳児精密健康診査
	5歳児精密健康診査
	妊婦一般健康診査
	風しん抗体検査
	結核接触者健康診断
	新生児聴覚検査
	産後ケア事業
	産婦健康診査

記

振込先金融機関	銀行	支店
預金種目及び口座番号	普通・当座	
フリガナ 口座名義人		