

※第	号
----	---

※認定番号	被・非・特
※受付日	年 月 日

**金融機関変更届**  
(児童手当・児童扶養手当・ひとり親家庭等医療費助成用)

熊本市長宛

次のとおり振込先金融機関を変更したいので届け出ます。

届出日	年 月 日
-----	-------

受給資格者	フリガナ氏名	(印)	生年月日	昭和 平成
	住所	〒 熊本市 区		
	連絡先	自宅( - - ) 携帯( - - )		

(1) 対象となる手当について○で囲んでください。両方変更される場合には、両方○で囲んでください。

対象	①児童手当	証書番号	※児童扶養手当受給の方のみ記載
	②児童扶養手当	資格者証番号	※ひとり親医療費助成受給の方のみ記載
	③ひとり親家庭等医療費助成		

(2) 必ず受給資格者名義の口座を記入してください。※この届で受給資格者の変更はできません。

金融機関名	銀行 組合	金庫 農協	金融機関コード		
支店名	支店 出張所		支店コード		
口座番号					
(フリガナ)					
口座名義					

※の欄は記入しないでください。  
字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。  
記名・押印に代えて、署名することができます。

児手	児扶	ひとり親医療	子ども医療	管轄区
済・未	済・未	済・未	済・未	北・西・中央・東・南

処理経過			
入力	二次審査	一次審査	受付

確認事項	<input type="checkbox"/> 本人来庁による提出
	<input type="checkbox"/> 代理人( )来庁による提出
	<input type="checkbox"/> 本人了承済み
	<input type="checkbox"/> ( )月支払分から変更

備考	
----	--