

※第	号
----	---

※認定番号	被・非
※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		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	
	②児童扶養手当	資格者証番号	※児童扶養手当受給の方のみ記載
	③ひとり親家庭等医療費助成		※ひとり親医療費助成受給の方のみ記載

(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。

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※ひとり親家庭等医療費助成は利用できません。	公金受取口座を利用する場合は以下口座情報の記入、通帳等の写しの提出は不要です。マイナポータルより口座の登録をしてください。	
金融機関名	銀行 金庫 組合 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。

児手	児扶	ひとり親医療	こども医療	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	
----	--