※第　　号

※認定番号	被・非・特
※受付日	令和　　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	令和　　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〇で囲んでください。両方変更される場合には、両方〇で囲んでください。

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

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。
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	
	☐ 本人来庁による提出
	☐ 代理人（　　）来庁による提出
	☐ 本人了承済み
	☐（　　）月支払分から変更

備考	