

※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 3 年 4 月 10 日

受給資格者	フリガナ氏名	クマモト ハナコ	生年月日	昭和 60年10月10日
		熊本 花子		平成
	住所	〒 860 - 8601 熊本市 中央 区 手取本町1番1号 手取アパート101号室		
	連絡先	自宅(096 - 328 - 1234) 携帯(090 - 1234 - 5678)		

(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	<input type="checkbox"/> ①児童手当	証書番号	0123456
	<input checked="" type="checkbox"/> ②児童扶養手当		※児童扶養手当受給の方のみ記載
	<input type="checkbox"/> ③ひとり親家庭等医療費助成	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	肥後	銀行組合	金庫農協	金融機関コード			
				0	1	8	2
支店名	本店営業部			支店出張所	支店コード		
					1	0	1
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)	クマモト ハナコ						
口座名義	熊本 花子						

※の欄は記入しないでください。
字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

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