

※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

受給資格者情報表: フリガナ氏名, 生年月日, 住所, 連絡先

(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。

対象情報表: 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, 資格者証番号

(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。

口座情報表: 公金受取口座を利用する, 金融機関名, 支店名, 口座番号, 口座名義

※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。

Handedness table with columns: 児手, 児扶, ひとり親医療, こども医療, 管轄区

Processing flow table: 処理経過 (入力, 二次審査, 一次審査, 受付)

Confirmation items: 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