

※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	署名	生年月日	
	住 所	〒 -		
	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	※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	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。

☐ 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				確認事項
入力	二次審査	一次審査	受付	

☐ 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	
----	--