

支払金口座振替(変更)依頼書

変更を希望するものに☑をつけ、受給者証記号番号等を記入してください。

<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭等医療費	記号番号					
<input checked="" type="checkbox"/>	児童手当	* * * * *					
<input checked="" type="checkbox"/>	こども医療費	受給者番号	1234567	受給者番号		受給者番号	
		対象児氏名	松山 三郎	対象児氏名		対象児氏名	
		生年月日	平成20年6月6日	生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

変更をしたいものに☑をつけてください。

令和3年4月8日

住所 東松山市 松葉町〇-△-□
氏名 松山 太郎
生年月日 平成元年 7月 7日
電話(自宅) - -
(携帯) 〇〇〇-□□□□-△△△△ (父)母

私が東松山市から受ける上記の支払金について、今後下記の振込先への振込を依頼します。
なお、東松山市がこの依頼書に基づき市の指定金融機関をしたとき、その債権が弁済されたものとします。

ゆうちょ銀行の場合は、支店名の欄に「記号」(5桁の数字)を記入してください。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 〇〇〇〇 農協・労働金庫 △△△△		本店	支店・出張所
	預金種別	普通	口座番号	1234567	
	口座名義	カタカナで記入してください マツヤマ タロウ			

※口座は受給者本人名義とします。ゆうちょ銀行の場合には、通帳の写しを提出してください。

処理欄	ひとり親家庭等医療	児童手当	こども医
-----	-----------	------	------

受給者御本人名義の口座に限ります。
配偶者やお子様の口座は指定できません。