

支 払 希 望 金 融 機 関 変 更 届

☐ 児童手当 ☐ 児童扶養手当 ☐ 児童育成(障害)手当 ☐ 医療費助成

振 込 先 金 融 機 関		銀 行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所					
振 込 口 座	預 金 種 別	普通預金 貯蓄預金 当座預金							
	口 座 番 号	No. 							
	口 座 名 義	カタカナ(英文字の方は英文字)で記入 <small>請求者名義の口座以外指定できません。 (通帳の1ページ目の記載どおりご記入ください)</small>							
	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日							
* 金 融 機 関 コ ー ド						—			

※新しくする振込み口座を記入してください。

上記手当の支払希望金融機関の記載事項の変更を届出します。今後上記口座に口座振替の方法をもって振込んでください。

年 月 日

品 川 区 長 あて

住 所 品川区 _____

氏 名 _____

電 話 _____ () _____



※朱肉を使用する印を押してください。

注) _____ 受給者(保護者)本人 _____ 様名義の口座のみ変更可能です。

事 務 処 理	児童手当 認定番号		児童扶養手当 認定番号		子医療 受給者番号	
			児童育成手当 認定番号		親医療 受給者番号	
	* 受付年月日		* 入力年月日		窓受付者	