

# 児童手当 金融機関 変更届

|      |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|
| 認定番号 |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|

福井市長 あて

|       |   |   |   |          |   |   |   |
|-------|---|---|---|----------|---|---|---|
| 提出年月日 |   |   |   | ※受付確認年月日 |   |   |   |
| 令和    | 年 | 月 | 日 | 令和       | 年 | 月 | 日 |

|      |              |                      |                        |       |  |  |  |
|------|--------------|----------------------|------------------------|-------|--|--|--|
| 振込口座 | 変更前          | 金融機関名                | 支店名                    | 口座番号  |  |  |  |
|      |              | 銀行<br>信金<br>農協<br>労金 | 営業部<br>支店<br>出張所<br>支部 | 普通口座  |  |  |  |
|      | 変更後          | 金融機関名                | 支店名                    | 口座番号  |  |  |  |
|      |              | 銀行<br>信金<br>農協<br>労金 | 営業部<br>支店<br>出張所<br>支部 | 普通口座  |  |  |  |
| 受給者  | 住所           |                      |                        |       |  |  |  |
|      | (ふりがな)<br>氏名 |                      |                        |       |  |  |  |
|      | 生年月日         |                      | 昭和・平成 年 月 日            |       |  |  |  |
|      | 電話番号         |                      | ( )                    |       |  |  |  |
| 備考   |              |                      |                        | 住民コード |  |  |  |
|      |              |                      |                        |       |  |  |  |

- ◎ 太枠内を、記入してください。
- ◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
- ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。
- ◎ 受給者名義以外の口座には変更できません。
- ◎ 通帳の写しを添付してください。

|    |  |
|----|--|
| 受付 |  |
| 入力 |  |
| 確認 |  |

振込口座を変更する方へ

次の手当等の振込口座も同じ口座に変更したい場合は、を付けてください。

子ども医療費助成制度

児童扶養手当

ひとり親医療費助成制度