

口座振込変更依頼書(こども医療費 ・ ひとり親家庭等医療費 ・ 児童手当)

年 月 日

- ・振込先の変更を希望する制度に○をつけてください。
- ・変更できる振込先は、受給者（保護者）名義の口座に限ります。

	住 所	宮代町	
	電 話 番 号	()	
こども 医療費	受給者証番号		
	対象児童氏名		
	生 年 月 日		
ひとり親家庭等 医療費	受給者証番号		
	受 給 者 氏 名		
児童手当	認 定 番 号		
	受 給 者 氏 名		

こども医療費 ・ ひとり親家庭等医療費 ・ 児童手当 の振り込み先を下記の預金口座に変更していただきたく、お願いいたします。

金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協	
支店名・店番号	本店 支店	(店番号：)
口 座 番 号	普 通 番	
口座名義人	フリガナ	

※ゆうちょ銀行の場合、銀行振込用の店名と7桁の口座番号をご記入ください。

宮代町長 あて