

(児童手当)

郵 送 用

口座振替（変更）依頼書

令和 年 月 日

(提出先) 足 立 区 長

依頼者 住所 _____
(受給者)
氏名 _____
電話番号: ()

次の事業の支払については、下記に指定する口座に支払ってください。
なお、本申請の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。

記

1	事業名	児童手当												
2	受給者氏名													
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生												
3	認定番号	(わからない場合は空欄で結構です。)												
4	振替口座	請求者名義の金融機関を下に記入してください。												
振 替 口 座	支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協				支店 本店 出張所								
	コード	金融機関コード							支店コード					
	預金種別	普 通												
	口座番号													
	フリガナ													
	名義人氏名													

※
支店うちよ
支店名は漢
数字の

※
で口座童
は・配
指定偶
不可

※添付書類をご確認ください。★通帳がない口座の場合は、①キャッシュカードの写し、または、②ウェブページをプリントアウトしたものいずれかを添付してください。

預金通帳の写し
①表紙
②見開き1ページ目（支店名・名義人等が記載されたページ）
本人確認書類（健康保険証、運転免許証等）の写し

受 付	／
審 査	／
入 力	／
点 検	／

↑ 添付したら☑ ★健康保険証の写しを提出する際は、記号・番号・保険者番号にマスキングしてください。