

口座振込依頼書

私に関する次の子ども支援課の給付については、下記口座へ振込みしてください。

子ども支援課の給付事業(変更する事業にチェックを入れて下さい)

- こども医療費 (支給日は毎月20日)
- 児童手当 (支給日は2月・6月・10月の10日)
- ひとり親家庭等医療費 (支給日は毎月10日)
- 児童扶養手当 (支給日は4月・8月・12月の11日)

※ 支給日が土・日曜又は休日の場合はその前日の振込み

※ 口座変更は支給日の1か月前までにお願いします。

新規

記

変更

| | |
|-------------|---------------|
| フリガナ | |
| 口座名義人 (受給者) | |
| 金融機関 | 銀行・信用金庫・農協 支店 |
| 口座番号 | |

※ 口座名義人の変更はできません。

令和 年 月 日

(受給者) 住所

氏名

電話 ()

提出先 〒341-8501

三郷市花和田648-1

三郷市役所 子ども支援課 給付係

☎ 048-930-7781