

児 童 手 当 振 込 口 座 変 更 届

令和 年 月 日

受給者住所 桜川市

受給者氏名

電 話 ()

生年月日 年 月 日

児童手当の振込口座を下記に変更します。

記

金融機関の名称	銀行				支店		
金融機関及び支店 コード							
口座名義人 (カタカナで書いてください)							
預金種目	1 普通預金			2 当座預金			
口座番号							
備 考							

※記入上の注意：受給者と口座名義人は同一になります。

※添付するもの：口座名義人カナ 及び 口座番号の分かるもの（通帳等）の写し