

支 払 金 口 座 振 替 (変 更) 依 頼 書

変更を希望するものに☑をつけ、受給者証記号番号等を記入してください。

<input type="checkbox"/>	ひとり親家庭等医療費	記号番号					
<input type="checkbox"/>	児 童 手 当	* * * * *					
<input type="checkbox"/>	こども医療費	受給者番号		受給者番号		受給者番号	
		対象児氏名		対象児氏名		対象児氏名	
		生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

年 月 日

東 松 山 市 長 宛 て

住 所 東松山市

氏 名

生年月日

年 月 日

電話(自宅)

— —

(携帯)

— —

(父・母)

私が東松山市から受ける上記の支払金について、今後下記の振込先への振込を依頼します。

なお、東松山市がこの依頼書に基づき市の指定金融機関をして私の指定した振込先へ口座振替払をしたとき、その債権が弁済されたものとします。

記

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫			本店 支店・出張所
	預金種別	普通	口座番号		
	口座名義	カタカナで記入してください			

※口座は受給者本人名義とします。ゆうちょ銀行の場合には、通帳の写しを提出してください。

処 理 欄	ひとり親家庭等医療	児童手当	こども医療	リーダー

処理後は 13619020-10-1ファイルに保管