

小川町会計管理者 宛て

振込口座変更届

私の受給する

1 児童手当

2 こども医療費 (対象児名 _____)

3 ひとり親家庭等医療費

*該当番号に○印をつけてください。

振込口座を次のとおり変更します。

金融機関名		支店名	
店番号	口座番号	口座名義 (カナ)	

年 月 日

受給者住所 小川町 _____

受給者氏名 _____

(電話番号 _____)

年 月 日 入力済 担当 :