

口座振込依頼書

(児童手当 ・ 子ども医療費 ・ ひとり親家庭等医療費)

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

依頼人 住所 薩摩川内市

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話

私が、薩摩川内市から受ける 児童手当・子ども医療費・ひとり親家庭等医療費 は、
下記のとおり振り込まれるよう依頼します。

児童氏名		生年月日	H・R . .
			H・R . .
			H・R . .
			H・R . .
			H・R . .

振込先金融機関	店名
銀行	本店・支所
金庫	支店・代理店
農協	本所・出張所

預金種別	口座番号						
普通 ・ 貯蓄							

フリガナ	
口座名義人	

(これより下は記入しないでください)

金融機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--