

口座変更届

稲城市長殿

稲城市から私に支給される各制度の受取口座を下記のとおりに変更してください。

届出日	令和 年 月 日					
変更する制度 □にレ点を記入	<input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 児童育成手当 <input type="checkbox"/> マル乳・マル子・マル青					
受給者氏名						
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日					
住所	稲城市					
電話番号	()					
振込先金融機関	銀行	支店				
	信用金庫					
信用組合						
農協						
金融機関コード						
口座番号						
フリガナ						
口座名義						

口座確認

※受給者本人の口座をご指定ください。(児童・配偶者名義は不可)
※各医療費助成制度に限り配偶者の口座を指定できます。