

児童手当口座振込依頼書

受給者番号

こども医療口座振込依頼を兼ねる（新規のみ）

令和 年 月 日

（あて先）富士見市長

住 所 富士見市

方書

受給者氏名

電話番号

生年月日 昭和 年 月 日
平成

私が富士見市から受ける支払い金を 令和 年 月 日以降下記の
預金口座へ振り込むよう依頼します。

記

振込先金融機関名

銀行・信用金庫
農協・労働金庫
支店・出張所

金融機関コード

店番

預 金 種 目

普通預金 ・ 当座預金

口 座 番 号

カ ナ 名 義
（ 受 給 者 名 義 ）

※受給者名義以外の口座にお振込みはできません。

※郵送の場合は、通帳もしくはキャッシュカードのコピーをこちらに添付してください。