

# 口座振込依頼書

( 児童手当・乳幼児医療費助成 )

平成 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 年 月 日

電話

私が、薩摩川内市から受ける 児童手当・乳幼児医療費助成金 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 . .
			H . .
			H . .

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							

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							
---------	--	--	--	--	--	--	--