

口座振替依頼書

支払希望金融機関	(金融機関名)		(店 名)					
			銀行・信金 労金・農協 その他		本店・支店 出張所 その他			
	口座種別	該当する方に○	普 通 ・ 当 座					
	口座名義	カタカナで記入						
	口座番号	右詰めで記入						
振込依頼内容	※該当する□にレを記入してください。							
	☐ 乳幼児医療費助成				☐ 母子家庭等医療費助成			
	☐ 児童手当 ↓ 受給者名義以外の口座には変更できません。				☐ 寡婦福祉手当			
	☐ 遺児年金				☐ その他()			

(注意) 通帳を確認の上、正確に記入すること(裏面に通帳またはカードのコピーを添付すること)。

私が敦賀市から受ける上記内容の支払金については、今後全て上記の口座へ振込みをお願いします。

なお、この依頼書に基づき、敦賀市が敦賀市指定金融機関（福井銀行敦賀支店）への代金の振込みを行ったときに、請求金額の弁済を受けたものと認めます。

令和 年 月 日

敦賀市会計管理者 様

(受給者及び保護者) 住 所 : _____

氏 名 : _____

電話番号 : _____ - _____

※児童家庭課使用欄

乳幼児医療		母子家庭等医療		児童手当		受付確認印
入力	確認	入力	確認	入力	確認	
寡婦手当		遺児年金		その他		
入力	確認	入力	確認	入力	確認	