

# 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）

年 月 日

(あて先) 富士見市長

住 所 富士見市

方書

受給者  
氏 名

印

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)

※児童手当は受給者名義以外のご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添付してください。