該当する制度にレ点を入れてください。

医療費助成 登録口座変更届

受付印

（こども医療費受給資格内容等変更届、ひとり親家庭等医療費受給者変更（消滅）届）

私に支給される ☑ 児童手当 ☐ こども医療費助成
☐ 児童扶養手当 ☐ ひとり親家庭等医療費助成
は、今後下記の口座に振り込んでください。

※変更する項目のチェックボックスに「✔」を付けてください。

認定番号	

（提出先） 新 座 市 長

年 月 日提出

受給者	住所	新座市 **野火止〇－△－□**	電話	携帯可 **048**（〇×△）□〇〇△ ▲市外局番から記入してください。
	フリガナ	**ニイザ シロウ**		
	氏名	**新座 市郎**	生年月日	S. ×〇年 × 月 〇 日

※届出人が受給者と異なる場合は、下の届出人欄も記入してください。

届出人	フリガナ	**ニイザ ハナコ**	受給者との続柄	該当するものに〇印
	氏名	**新座 花子**		（妻）・ 夫 ・ 父 ・ 母 その他（ ）
	この届出を受給者は同意していますか。			（は い）・ い い え

振込先	金融機関名	〇×△ （銀行）・ 信金 ・ 農協 ・ 信組					支店名	**駅前** 支店	店番号（3桁） **1 2 3**
	普通預金口座番号（7桁）（右づめ）	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	名義 ※カタカナで記入してください。 **ニイザ シロウ** ※名義は受給者名義でお願いします。

配偶者やお子様など、別の方の名義の口座に振込先を変更することはできません。

お願いします。

※口座に関しては必ず保護者間で話し合ってから届け出るようお願いします。

※児童や配偶者、会社名義の口座に変更することはできません。

※以下の欄は記入しないでください。

児手定時支払 4月・6月・8月・10月・12月・2月	新口座振込開始の説明
児扶定時支払 1月・3月・5月・7月・9月・11月	済 ・ 未

受付者処理欄	受給の状況	児手		こども		児扶		ひとり	
	口座変更	有	無	有	無	有	無	有	無
確認者処理欄	確認日及び配布日	／		／		／		／	

※口座変更「有」のうち、一番左の制度で原本を保管する。

備考

						受付者	確認者
入力		確認		処理日	年 月 日		