

口座振替依頼書(茨木市支払金)

No. _____
(児童手当・特例給付用)

※太枠内のみご記入ください。

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
債権者					
住所 茨木市 _____					
氏名 _____ 生年月日(_____)					
電話(携帯可) _____					
下記の口座へ児童手当・特例給付の振込を依頼します。					
振込金融機関名					
	銀行				
支店名			支店番号		
	支店				
口座番号	(普)				
フリガナ	_____				
口座名義	_____				
※口座名義は児童手当請求者本人に限ります。(配偶者や児童名義は不可)					
1. 新規					
2. 変更 (支払日の1か月前までに届出してください。)					
6 月期より					
10 月期より					
2 月期より					
(届出先) 茨木市長					
受付年月日					
提出先(郵送可) 〒567-8505 茨木市駅前三丁目8番13号 茨木市 こども育成部 こども政策課 072-620-1625(直通)					