口座振替依頼書（茨木市支払金）

No.

※太枠内のみご記入ください。

（児童手当用）

提出日　　年　　月　　日

申請者（請求者）

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の振込を依頼します。

振込金融機関名	銀行							
支店名	支店			支店番号				
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。）

10 月期より　　4 月期より

12 月期より　　6 月期より

2 月期より　　8 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）