

[서식 4] 지급 계좌 변경 동의서

지급 계좌 변경 동의서

신청인 (지원대상자)	성명	생년월일	성별
	전화번호	휴대전화번호	
	주소		
	신청 사유	[] 지원대상자가 채무불이행으로 인하여 금전채권이 압류된 경우	

대리 수령인	성명	생년월일		
	전화번호	휴대전화번호		
	주소			
	신청인과의 관계			
	계좌번호	은행/예금주		

본인은 위와 같이 서울시 35세 이상 임산부 의료비 지원금을 대리수령인 계좌로 변경하여 지급 받고자 합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

서울특별시장 귀하

첨부서류

1. 수급자의 인적사항을 확인할 수 있는 서류
2. 수급자가 다음 사항에 해당함을 증명하는 서류: 채무불이행으로 인하여 금전채권이 압류된 사실
3. 신청인과 대리수령인의 관계를 확인할 수 있는 서류: 가족관계증명서 등
4. 대리수령인 통장사본

유의사항

1. 다른 사람의 인장 도용 등 허위로 위임장을 작성하여 신청할 경우에는 「형법」 제231조와 제232조에 따라 사문서 위조·변조죄로 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처하게 됩니다.