

## З А Я В Л Е Н И Е

**об изменении способа доставки ежемесячной денежной выплаты на ребенка в возрасте от 3 до 7 лет включительно**

В \_\_\_\_\_  
(орган, организация)

От

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Паспортные данные (серия, дата выдачи,  
выдавший орган) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства по месту постоянной  
регистрации или адрес места жительства по  
месту пребывания \_\_\_\_\_

Прошу ежемесячную выплату выплачивать через:

кредитную организацию:

наименование кредитной организации \_\_\_\_\_

БИК кредитной организации \_\_\_\_\_

КПП кредитной организации \_\_\_\_\_

номер счета заявителя \_\_\_\_\_

почтовое отделение:

адрес получателя \_\_\_\_\_

номер почтового отделения \_\_\_\_\_

Дата " \_\_ " \_\_\_\_\_

20

\_\_

г.

Подпись

заявителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_".