

様式第 5 号 (第 8 条関係)

綾川町特定不妊治療費助成事業
【助成金請求書】

年 月 日

綾川町長 殿

申請者 氏名

印

下記の口座に振込みを請求します。

氏名		生年月日	年 月 日 (歳)						
住 所	綾川町 連絡先 ()								
希望する 振込口座	農協 銀行	支店	種目	口座番号					
			普通 当座						
上記口座の 名義人	(カタカナでお願いします) 名義人氏名								

上記太枠内までを記入してください。

(注意) ここには記入しないでください。

助成決定金額※ (振り込み額)							
--------------------	--	--	--	--	--	--	--

記入例

綾川町特定不妊治療費助成事業 【助成金請求書】

2019年 4月 1日

綾川町長 殿

申請者氏名は、
夫または妻

申請者

綾川 梅子

綾川

妊婦健康診査助成決定額について、下記の口座に振込みを依頼します。

妊婦健診 受診者氏名	綾川 梅子		生年月日	S52年12月31日		
住所	綾川町 陶1720-1		連絡先 (090-▲▲▲▲-XXXX)			
希望する 振込口座	農協 ◇◇	銀行	種目	口座番号		
	××	支店	普通 当座	0	0	0
上記口座の 名義人	(カタカナでお願いします)					
	名義人氏名 アヤカワ ウメコ					

記入内容について確認する場合があります。昼間連絡が取れる電話番号を記入してください。

口座名義人氏名は、
夫または妻

※確認※
種目の○のつけ忘れ、口座番号の間違い、名義人の間違い、氏名に濁点のつけ忘れなどはありませんか？
もう一度確認してください!!

(注意) ここには記入しないでください。

助成決定金額※
(振り込み額)