

様式第 6 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。

※口座振り込みは申請者に限ります。

申請書提出とともに本人確認のために運転免許証等身分確認ができるものをご持参  
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-▲▲▲▲-×××× )			
希望する 振込口座	農協 ◇◇ 銀行	×× 支店	種目 普通 当座	口座番号 000000		
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

ださい。

※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)						
--------------------	--	--	--	--	--	--