

様式第4号（第6条関係）

綾川町不育症治療費助成事業  
【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	名義人氏名 (カタカナでお願いします)								

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

## 綾川町不育症治療費助成事業 【助成金請求書】

2019年 4月 1日

綾川町長 殿

申請者 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	支店 XX	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。

上記太枠内までを記入してください。

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