



年 月 日

東大和市不妊検査、不育症検査及び不妊治療費助成請求書

東大和市長 殿

住 所

フリガナ
請求者 氏 名 印

電話番号

※朱肉を使う印鑑を押印してください。

年 月 日付け大健健発第 ー 号で交付決定のありました東大和市不妊検査、不育症検査及び不妊治療費助成金について、下記のとおり請求します。

請求金額		円						
振込口座 (請求者の口座)	1 金融機関 (ゆうちょ銀行を含む。※1)	名 称	番 号			銀行・金庫 信組・農協		
			本支店名	本支店コード		本店 支店		
		口座の種類		普通 ・ 当座				
		口座番号 (右詰め)						
口座名義人 (請求者) (※2必ず記入)	フリガナ							
	氏 名							

※1 ゆうちょ銀行に振り込みを希望される方は、振り込み専用口座番号をご記入ください。

※2 請求者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。