

年 月 日

令和 7 年度東大和市不妊検査、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 第 号で交付決定のありました令和 7 年度東大和市不妊検査、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。