



年 月 日

東大和市不妊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



電話番号

※朱肉を使う印鑑を押印してください。

年 月 日付け大福健発第 一 号で交付決定のありました東大和市不妊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。