

# 請 求 書

大 和 市 長 あて

住 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

記入しないでください。

記入は「申請者の氏名」のみ、お願いいたします。

印

印

大和市一般不妊治療の治療費助成金として、次のとおり請求します。

請 求 金 額 \_\_\_\_\_ 円

記入しないでください。

捺印2か所

本書の請求金額は、次の口座に振込を依頼します。(該当に○印をしてください)

振 込 口 座	金融機関名	協 金融機関番号		
	支 店			
	預 金 種 別			
	□ 座 番			
	□ 座 名 義 人			

記入しないでください。