

# 請 求 書

大 和 市 長 あて

住 所

---

---

氏 名

印

---

印

大和市特定不妊治療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 円

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	銀行・農協 金庫・組合	金融機関番号				
	支店名	支店	店番号				
	預金種目	① 普通（総合）					
	口座番号	右づめで記入してください					
	口座名義人 (カタカナ)						