様式第５号（第７条関係）

大津町不妊治療費（一般不妊治療）助成金交付請求書

日付は空欄にしてください

年　　月　　日

大津町長　様

請求者は、【様式第1号】申請書に記入した
申請者と同じ方にしてください

請求者　　住所　　**大津町大津〇〇〇〇番地**

氏名　　〇〇〇　〇〇〇〇

年　　月　　日付けで交付決定のあった大津町不妊治療費（一般不妊治療）助成金について、下記のとおり請求します。

記

金額は空欄にしてください

１　助成金交付請求額　　金　　円

２　振込先口座

金融機関名 （ゆうちょ銀行を除く）	支店名	分類	口座番号 （右詰めで記入ください）	口座名義
銀行・農協 信用組合 信用金庫	支店・支所 出張所 本店	普通 当座		（フリガナ）

ゆうちょ銀行	通帳記号 （6桁目がある場合は ※欄に記入ください）							通帳番号 （右詰めで記入ください）								口座名義
	1				0	※	-									（フリガナ）

※振込先については、金融機関とゆうちょ銀行どちらか一方の口座をご記入ください。

助成金を振り込む口座情報を記入してください
口座は、請求者の名義である口座にしてください