

様式第5号（第7条関係）

大津町不妊治療費（特定不妊治療）助成金交付請求書

大津町長 様

日付は空欄にしてください

—年—月—日

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（特定不妊治療）
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	※	-					

※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