様式第５号（第７条関係）

# 大津町不妊治療費（先進医療）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（先進医療）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<br>（ゆうちょ銀行を除く） | 支店名 | 分類 | 口座番号<br>（右詰めで記入ください） | 口座名義 |
|---|---|---|---|---|
| 銀行・農協<br>信用組合<br>信用金庫 | 支店・支所<br>出張所<br>本店 | 普通<br>当座 | | （フリガナ） |

| ゆうちょ銀行 | 通帳記号<br>（6桁目がある場合は<br>※欄に記入ください） | | | | | | | 通帳番号<br>（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