様式第５号（第８条関係）

　　年　　 月　　 日

三　原　市　長　　様

　　請求者

　　　　　　　　住所

名前　　　　　　　　　　　　　　　印

三原市不育症治療費補助金交付請求書

　　　年　　月　　日付け　　　第　　　　号で交付決定のありました三原市不育症治療費補助金について，次のとおり請求します。

１　金額　　　　　　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 金融機関 | 金融機関名 | 銀行 ・信用金庫 農協 ・信用組合 | 支店名 |  |
| 預金種目 | １．普通・総合　２．当座４．貯蓄　　　　９．その他（　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 記　号 |  |  |  |  |  | 番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |