様式第８号（第９条関係）

大和高田市一般不妊治療費等助成金交付請求書

年　　月　　日

大和高田市長　　宛

（申請者）住　　所

氏　　名　　印

（口座名義人・様式第１号の申請者と同一）

電話番号

下記のとおり大和高田市一般不妊治療費等助成金を請求します。

金　　円

＜対象者＞

フリガナ		生　年　月　日
夫 氏 名		年　　月　　日（　　歳）
フリガナ		生　年　月　日
妻 氏 名		年　　月　　日（　　歳）

＜振込先＞

金融機関名	銀行 信金 農協						本　店 支　店 出張所	普通（総合） 当座 その他（　　）					
口座番号								（右詰めで記入のこと）					
フリガナ （必須）													
口 座 名 義 人													

ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください

記 号						番 号							
フリガナ（必須）													
口 座 名 義 人													