様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

下　呂　市　長　　様

申請者（請求者）住　所　　下呂市

氏　名　　㊞

下呂市生殖補助医療通院交通費助成事業請求書

下呂市生殖補助医療通院交通費助成金として、下記のとおり請求します。

記

１　　請　求　額　　金　　円

２　　助成金振込先

<table>
<tr><td rowspan="2">口座名義人</td><td>フリガナ</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>金融機関名
(ゆうちょ銀行以外)</td><td colspan="2">店名</td><td>種別</td><td colspan="7">口　座　番　号</td></tr>
<tr><td>銀　　行
金　　庫
農業協同組合
信用組合</td><td colspan="2">本　店
支　店
支　所
出 張 所</td><td>１普通
２当座</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">ゆうちょ銀行</td><td colspan="5">通帳記号</td><td colspan="5">通　帳　番　号</td></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

（注意）　振込み口座は、申請者（請求者）名義に限ります。

【添付書類】

□振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）