

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

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

(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）