様式第６号（第９条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

常陸太田市長　殿

　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　（フリガナ）

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

常陸太田市不育症治療費助成金交付請求書

　常陸太田市不育症治療費助成金を，下記のとおり請求します。

記

１　請求額　　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　信金信組　農協 | 店　名 | 本店・支店・支所 |
| コード |  |  |  |  | コード |  |  |  |
| 預金種別 | □普通　□当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※申請者が口座名義人となっているものを記載すること。

※振込先の口座が分かる書類の写しを添付すること。