

守口市不妊検査・治療費助成金交付請求書

守口市長 様

令和 年 月 日付け守健第 号の で交付の決定を受けた守口市不妊検査・治療費助成金について、関係書類を添えて、助成金の交付を下記のとおり請求します。

※太枠内を記入してください。

1 請求者	ふりがな						
	氏名 <small>(様式2の申請者と 同じ方でないと 請求できません)</small>	⑨					
	住所	〒 -					
	電話番号						
2 振込先	注 * 記入した振込先金融機関の情報が確認できるもののコピーを添付してください ■例:通帳・キャッシュカード・口座番号連絡書・口座情報のわかるウェブページ(ネットバンキングの場合)						
	金融機関名	銀行 信組		本店			
		金庫 労金		支店			
		銀行・金融機関コード:() 信金		店番号・支店番号:()		出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号				
	<input type="checkbox"/> 2 当座預金						
フリガナ							
口座名義 <small>(請求者)</small>							

請求金額	金 00 円
------	---

請求書作成時の諸注意

- 1 請求者・口座名義人欄について
助成金を請求できるは、【様式1 守口市不妊検査・治療費助成金 交付申請書】の申請者です。
申請者・請求者・口座名義欄はすべて同じ方を記入してください。
- 2 押印欄について
朱肉を使用する印鑑で押印してください。(シャチハタ不可)
- 3 銀行・金融機関コードと店番号・支店番号について
不明な場合は記入しないでください。
- 4 書き損じた時について
記載内容の訂正(二線抹消・訂正印等)はできません。書き損じた時は再作成してください。

守口市不妊検査・治療費助成金交付請求書

守口市長 様

**押印必須
(シャチハタ不可)**

**必ず様式2の
申請者と同一人物**

付守健第 号の で交付の決定を受け
金の交付を下記のとおり請求します。

1 請求者	ふりがな	もりぐち たろう		
	氏名 <small>(様式2の申請者と 同じ方でないと 請求できません)</small>	守口 太郎		
	住所	〒 570 - 8666 守口市大宮通2丁目13番7号		
	電話番号	06-6992-2217		
2 振込先	注* 記入した振込先金融機関の情報が確認できるもののコピーを添付してください ■例:通帳・キャッシュカード・口座番号連絡書・口座情報のわかるウェブページ(ネットバンキングの場合)			
	金融機関名	守口	銀行 信組 金庫 労金	京阪本通 本店 支店
		銀行・金融機関コード:(272094)		信金 店番号・支店番号:(570) 出張所
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金 <input type="checkbox"/> 2 当座預金	口座番号	0 1 2 3 4 5 6 (左詰記入)
	フリガナ	モリグチ タロウ		
口座名義 (請求者)	守口 太郎			

請求金額	金 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0
------	--

**※ゆうちょ銀行を希望する方は
通帳の表紙をめくった次ページの
見開き最下段の情報を記入して下さい**

請求書作成時の諸注意

- 1 請求者・口座名義人欄について
助成金を請求できるは、【様式1 守口市不妊検査・治療費助成金 交付申請書】の申請者です。
申請者・請求者・口座名義欄はすべて同じ方を記入してください。
- 2 押印欄について
朱肉を使用する印鑑で押印してください。(シャチハタ不可)
- 3 銀行・金融機関コードと店番号・支店番号について
不明な場合は記入しないでください。
- 4 書き損じた時について
記載内容の訂正(二線抹消・訂正印等)はできません。書き損じた時は再作成してください。