令和　　年　　月　　日

東吾妻町不妊治療費補助金請求書

東吾妻町長　あて

　　　　　　　　　　　住所　東吾妻町大字

氏名　　　　　　　　　　 　印

東吾妻町不妊治療費補助金として下記金額を請求いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

振り込み口座等

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 銀行・信金　　　　本店・本所  　信組・労金　　　　支店・支所  　　　　　　農協　　　　　　　出張所 | | | 普通  当座  その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 記号 |  | 番号 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

※申請者と口座名義人が異なる場合は以下も記入して下さい。

|  |
| --- |
| **委任状**  上記「口座名義人」欄に記入した者を代理人と認め、次の権限を委任します。  １．東吾妻町不妊治療費補助金の受領に関すること。  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |