

請 求 書

	十	万	千	百	十	円
金 額						

ただし、 年 月～ 年 月分不妊治療等助成金として

上記の金額を請求します。

年 月 日

井 手 町 長 様

請求者
住 所

氏 名 (印)

★受取方法(どちらかに○をしてください。)

①窓口での受取

役場の会計課で
(会計課からの通知書
と請求書に押した印
鑑を持参してくださ
い。)

②口座振替での受取

次の口座振替に記入し
てください。

※ 助成金を口座振替として利用される場合は、請求者
(本人)の口座とします。
ただし、郵便局は利用できません。

口 座 振 替	
金融機関名	銀行 金庫 (本)支店 農業協同組合
口座番号	(普通・当座・) 号
口座名義	ふりがな

注 口座名義には、必ずふりがなをしてください。

備考 請求書の表示金額は、訂正しないでください。