様式第３号

岡崎市不育症検査費補助金請求書

（宛先）岡 崎 市 長　　令和　　年　　月　　日

（ふりがな） 申請者氏名	（　　）	生年月日	平成 昭和　　年　　月　　日
住所	〒　　－		

請求金額計

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

振込先	金融機関の名称	銀　　行 信用金庫 農業協同組合								本店 支店 出張所	支店番号	
	預金種別	普通 当座	口座番号									←左詰で記入
	（ふりがな） 口座名義人											

令和　　年　　月　　日付けで申請し、交付決定された岡崎市不育症検査費補助金について上記のとおり請求します。

※　自署又は記名押印すること。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注）口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

受付印

処理欄

受給者番号	
交付決定額	＿＿＿＿＿＿＿＿円

記入見本

様式第３号

日付は窓口でご記入いただきます。空欄のままお持ちください。

岡崎市不育症検査費補助金請求書

（宛先）岡 崎 市 長　　令和　　年　　月　　日

（ふりがな） 申請者氏名	（　おかざき　はなこ　） 岡崎　花子	生年月日	平成 昭和　60 年　4 月　1 日
住所	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 岡崎市若宮町〇丁目××　コーポ 202		

請求金額計

金　60,000　円

振込先	金融機関の名称	〇〇　銀行　信用金庫　農業協同組合　〇〇　本店　支店　出張所								支店番号	1 2 3
	預金種別	普通　当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	←左詰で記入
	（ふりがな） 口座名義人	おかざき　はなこ 岡崎　花子									

口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

令和　　年　　月　　日付けで申請し、交付決定された岡崎市不育症検査費補助金について上記のとおり請求します。

※　自署又は記名押印すること。

日付は窓口でご記入いただきます。空欄のままお持ちください。

申請者氏名　岡崎　花子

注）口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

・決定通知書の受け取り後、提出が必要です。
・請求書を提出する際は、申請者名義の振込先口座番号の分かるもの(振込先は申請者名義の口座に限る。)をお持ちください。
・申請書類提出時に請求書の確認も行いますので、可能な方はご記入の上、一緒にお持ちください。