

様式第3号

岡崎市不育症検査費補助金請求書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

住所 〒

氏名

※ 自署又は記名押印すること。

岡崎市不育症検査費補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

請求額	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	.....										

注) 太枠の中をご記入ください。

注) 口座名義人は、申請者と同一の方に限ります。

処理欄

受給者番号	
交付決定額	_____ 円

受付印
-----