様式第３号（第６条関係）

高取町一般不妊治療費等助成金交付請求書

年　　月　　日

高 取 町 長　　様

金　　円

（申請者）住所：

氏名：　　㊞

（口座名義人・様式第1号の申請者と同一）

電話番号：

下記のとおり高取町一般不妊治療費等助成金を請求します。

＜対象者＞

ふりがな		生年月日
夫氏名		年　　月　　日
ふりがな		生年月日
妻氏名		年　　月　　日

＜振込先＞

金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	普通（総合） 当座 その他（　　）
口座番号			（右づめで記入のこと）
フリガナ（必須）			
口座名義人			

ゆうちょ銀行の方は、下記にご記入ください

記号						番号								
フリガナ（必須）														
口座名義人														