

不育症検査助成金請求書

八王子市長 殿

請求者

住所

氏名

印

八王子市不育症検査助成金について下記のとおり請求します。

件名 八王子市不育症検査助成金

金額		万	千	百	十	一

支払金口座振替書 上記 八王子市不育症検査助成金 は下記口座に振込願います。

	金融機関名	金融機関コード				支店名	店舗コード			
指定 口座	銀行・信金 信組・農協					支店 出張所				
	預金種目	口座番号				口座名義(カタカナで通帳のとおりにすべて記入してください)				
	普通								印	

捨 印

請求者名義の口座を記入し、請求者印と同じ認印を捨印も含めて3か所に鮮明に押印してください。

記載内容を訂正する場合は、同じ印鑑で訂正印を押してください。修正液や修正テープは使用しないでください

また金額の訂正はできないため金額を間違えた場合は新しい用紙に再度記入してください。