様式第６号（第８条関係）

琴平町コウノトリ応援事業（生殖補助医療費助成事業）助成金請求書

年　　　月　　　日

琴平町長　　　　殿

申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記の口座に振り込みを請求します。

記

1　　請求額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

2　　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・農協　　　　　本店・支店  　　　　　信用金庫　　　　　　出張所・支所 | | | | 銀行コード | | | | |
|  | | | | |
| 支店コード | | | | |
|  | | | | |
| 預金種別 | 1. 普通  　　　　　2. 当座 | | | | | | | | |
| フリガナ  口座名義人 |  | 口座番号 | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |

　　※　口座名義人は、申請者氏名と一致すること。