

大分県不妊治療費（先進医療）助成金請求書

年 月 日

大分県知事 殿

申請者 住 所  
氏 名

年 月 日付け 第 号で給付決定通知のあった大分県不妊治療費（先進医療）助成金 \_\_\_\_\_ 円を給付されるよう、大分県不妊治療費（先進医療）助成金給付要綱第7条の規定により請求します。

| 口座振込金融機関          |       |                                |  |                       |  |
|-------------------|-------|--------------------------------|--|-----------------------|--|
| 金融機関名             |       | 銀行<br>信用金庫<br>農協<br>その他<br>( ) |  | 本店<br>支店<br>出張所<br>支所 |  |
| 種別                | 普通・当座 | 口座番号                           |  | (フリガナ)<br>口座名義        |  |
| ゆうちょ銀行の場合<br>支店番号 |       |                                |  |                       |  |