様式第７号（第１１条関係）

年　　月　　日

宇城市生殖補助医療（先進医療）費補助金交付請求書

宇城市長　様

年　月　日付け　　　　第　　　号で交付決定通知があった宇城市生殖補助医療（先進医療）費に係る補助金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　　　　円

※太線の枠内をご記入下さい。

<table>
<tr><td rowspan="4">請求者</td><td colspan="2">フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td>㊞</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td>宇城市</td></tr>
<tr><td colspan="2">電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="9">振込口座</td><td rowspan="2">口座名義人</td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>漢　　字</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">銀行・農協等</td><td>金融機関名</td><td></td></tr>
<tr><td>支店・支所名</td><td></td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td>１　普通　　２　当座　　３　その他　(貯蓄・別段)</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">ゆうちょ銀行</td><td>記　　号</td><td></td></tr>
<tr><td>番　　号</td><td></td></tr>
<tr><td>郵便局名</td><td></td></tr>
</table>