

大分県特定不妊治療費等助成金請求書

年 月 日

大分県知事

殿

申請者 住 所
氏 名

印

年 月 日付け 第 号で給付決定通知のあった大分県特定
不妊治療費等助成金 _____円を給付されるよう、大分県特定不妊治療費等助成金給
付要綱第8条第2項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 信用金庫 農協 その他 ()		本店 支店 出張所 支所	
				ゆうちょ銀行の場合 支店番号	
種別	普通・当座	口座番号		(フリガナ) 口座名義	