

様式第6号(第8条関係)

大分市不妊治療費助成金請求書

令和 年 月 日 **※記載不要**

大分市長 殿

申請者と同一人となります

住所 **大分市荷揚町6-1**

氏名 **大分 花子**

電話番号 **097-536-2562**

令和 年 月 **※記載不要** 日付け決定通知のありました大分市不妊治療費助成金の請求をします。

請 求 額

¥ **※記載不要**

振込先金融機関									
金融機関名	● ●		銀行 金庫 組合		▲ ▲		本店 支店 出張所		
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	普通 当座	
口座名義 (カタカナ) <b>オオイタ ハナコ</b>									

申請者の口座となります。