

請 求 書

特定不妊治療費助成金 金 円

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

香川県知事 殿

住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

印

支 払 方 法 口 座 払 い	振	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	込	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
	先	(フリガナ) 口座名義人	()						

請求印を必ず押印してください。

フリガナを必ず記入してください。

預金種目欄の該当する□欄に✓印を付けてください。

請求者と口座振込名義人は同一として下さい。