

口座振込依頼書

住所

氏名

（署名または記名・押印）

電話番号

年 月 日付で申請した音更町特定不妊治療費（生殖補助医療費）補助金については、下記の口座への振り込みを希望します。

【受取希望口座】

- ・金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。
- ・振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。
- ・通帳等の写しを添付してください。

1 ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	店名 本店・本所 支店・支所	預金種別 普通・当座・組勘
(フリガナ) 口座名義人	()	口座番号	

2 ゆうちょ銀行（郵便局）

記号 (左詰でお書きください)	1 0 -	番号 (左詰でお書きください)	
*貯金通帳の表紙をめくった見開きページの上部に印字またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 (通常貯蓄貯金への振り込みはできません。)	(フリガナ) 口座名義人	()	