別記第２号様式（第５条関係）

口座振込依頼書

（〒　　－　　）
住　所
氏　名

（電話番号　　－　　－　　）

年　　月　　日付けで申請した音更町不育症治療費補助金については、下記の口座への振込みを希望します。

【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。

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 （右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又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	（　　）								