様式第４号

　　年　　月　　日

広域振興局長　　　　　　　　　様

請求者

　　　　　　　住　所

氏　名

不育症検査費用助成金請求書

年　　月　　日付け指令　　　第　　　号で交付の決定の通知があった不育症検査に要した経費に対し助成金の交付を受けたいので、岩手県補助金交付規則の規定により、次のとおり請求します。

金　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望する支払い金融機関  （郵便局を除く） | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　支店  金庫　　　　　　　　　本店  農協　　　　　　　　出張所 | | | | | | |
| （ふりがな）  口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　　） | | | | | | |
| 貯金種別 |  | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |