様式第４号（第８条、第 12 条

請求書記入例

年　月　日

稲城市特定不妊治療医療費助成金請求書
（先進医療不妊治療等医療費分）

稲城市長　殿

請求者　住　所　稲城市百村 112-1
氏　名　稲　城　花　子
電　話　090-1111-○☆△□

請求者＝申請者です。

間違えた場合は、必ず訂正印を押してください。
修正テープは使用不可です。

要綱第８条第２項または第 12 条第３項

この部分には、何も記入しないでください

請求金額	円

上記の請求金額については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号	9	9	0	0	支店番号	0	2	8	口座種別
（金融機関名）ゆうちょ　(1)銀行　2 信金　3 農協　4 信組　5 その他					（支店名）〇二八　1 本店　(2)支店　3 出張所				(1) 普通　2 当座
口座番号								口座名義	
×	○	△	×	○	△	○		フリガナ	イナギ　ハナコ
								名 義 人	稲城　花子

注）　ゆうちょ銀行に振り込みをご希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の店名・口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。

口座名義は、請求者と同じである必要はありません。

☆よくある金融機関番号☆　※番号が不明な場合は未記入で構いません。

名称	番号	名称	番号
みずほ銀行	０００１	きらぼし銀行	０１３７
三菱 UFJ 銀行	０００５	横浜銀行	０１３８
三井住友銀行	０００９	りそな銀行	００１０
ゆうちょ銀行	９９００	さわやか信用金庫	１３１０