

特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日

本部町長 殿

申請者 住所

氏名

印

電話番号

年 月 日付、本子第 号で承認決定通知のあった特定不妊治療費助成金を給付くださるよう、本部町特定不妊治療費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 郵便局	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

口座名義人名は、申請者氏名と一致すること。

受給者番号(本部町記入)

--	--	--