

年 月 日

関市長 様

住 所

氏 名

電話番号

関市特定不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号により交付決定を受けた特定不妊治療費助成金について、関市特定不妊治療費助成事業の実施に関する要綱第8条第3項の規定により、次のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 振込先

金 融 機 関	銀 行 金 庫 組 合 農 協			本店 支店 出張所
預 貯 金 種 別	普通・当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				

注意事項

振込先は、申請者（請求者）名義の口座とします。