

特定不妊治療費助成金請求書

朝来市長 様

年 月 日付け特定不妊治療費助成事業承認決定通知書により決定を受けた下記金額を請求します。

請求日 年 月 日

	(ふりがな) 氏 名	生年月日	
夫	()	年	月 日
妻	()	年	月 日
請求金額	申請額 (男性不妊治療分除く。)	_____ 円	
	申請額 (男性不妊治療分)	_____ 円	
	申請額合計	_____ 円	
請求者	住所 朝来市 _____ 電話番号 (_____)		
	氏名 _____		
上記の助成金については、次の口座に振込を依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。			
金融機関名	銀行、信用金庫、農協		
支店名	本店、支店、出張所、本所、支所		
種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
(ふりがな) 口座名義人名 (受取人)			