

請求書

金額						円
----	--	--	--	--	--	---

年 月 日付け第 号で決定のあった特定不妊治療費の助成金の支給を請求します。
年 月 日

住所 宇城市

氏名 印

宇城市長様

内 訳

特定不妊治療費の助成金として

金融機関(※ゆうちょ銀行を除く)		フリガナ	
金融機関名	支店名等		
当座・普通	番号	口座名義	
ゆうちょ銀行			
記号			
※6桁目がある場合			
番号			