

様式第 6 号 (第 7 条関係)

肝付町不妊治療費助成金請求書

年 月 日

肝付町長 様

申請者 住 所 肝付町 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____

年 月 日付け 第 号で承認決定通知のあった不妊治療費助成金を給付くださるよう、肝付町不妊治療費助成金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 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
口座番号	普通・当座	
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 (町で記載します)