

## 不妊治療支援事業助成金請求書

年 月 日

小城市長 様

次のとおり請求します。

| 名 称         | 金 額 |
|-------------|-----|
| 不妊治療支援事業助成金 | 金 円 |

| 請 求 者    |         |
|----------|---------|
| 〒<br>住 所 |         |
| 氏 名      | _____ ⑩ |

| 振 込 先 金 融 機 関 |      |      |      |                   |  |  |
|---------------|------|------|------|-------------------|--|--|
| 金 融 機 関 名 称   |      |      |      | 本 ・ 支 店 名         |  |  |
|               |      |      |      | 本 店<br>支 店<br>出張所 |  |  |
| 預金種目          | 1 普通 | 2 当座 | 口座番号 |                   |  |  |
| フリガナ<br>口座名義人 |      |      |      |                   |  |  |

※ お預かりした個人情報 は 厳重に管理し、不妊治療支援事業助成金請求のため  
に使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。