

様式第4号（第7条関係）

裾野市不妊治療費補助金請求書

金 _____ 円

ただし、 _____ 年 _____ 月 _____ 日付け _____ 第 _____ 号により補助金の交付の確定
を受けた不妊治療費補助金として、上記のとおり請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

裾野市長 _____ 様

住 所
氏 名
電話番号

印

振 込 先	金融機関名（支店名まで記入し て下さい。）	銀行・金庫・農協 ----- 支店
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	口座名義人（フリガナも記入し て下さい。）	（フリガナ）

(注)

- 1 振込先口座は、原則として申請者本人名義のものを記入してください。申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要になります。
- 2 通帳の写しを添付すること。