

観音寺市長 宛て

申請者 住 所 〒

(フリガナ)

氏 名

印

観音寺市特定不妊治療費助成事業助成金請求書

年 月 日付け 第 号により、助成金の交付決定通知があった観音寺市特定不妊治療費助成事業助成金について、観音寺市特定不妊治療費助成事業実施要綱第9条の規定により下記のとおり請求します。

記

請求金額 _____ 円

なお、助成金の交付については、次の口座への振込を希望します。

支 払 方 法 口 座 払 い	振 込	金融機関名	銀行				本店
			金庫				支店
		農協				出張所	
先	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人	()					

<記入上の注意>

請求印を必ず押印してください。

フリガナを必ず記入してください。

通帳を必ずご持参ください。

預金種別欄の該当するものにを付けてください。

※ 口座名義人は特定不妊治療費助成事業申請者、請求書申請者の方の名義の口座を記入してください。

<市事務処理欄> ※記入しないでください。

受付 年月日	年 月 日	支給 年月日	年 月 日	支給 決定額	円
				助成回数	回目