

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

牛久市長 様

申請者 住所：
(請求者) 氏名： 印
電話番号

年度牛久市不育症検査及び治療費助成金請求書

年 月 日付け牛久市指令第 号で交付決定のあった牛久市不育症
検査及び治療費助成金を次のとおり請求します。

請求額 金 円

振込先金融機関名				銀行・信用金庫		支店	
預	金	種	別	普通・当座		口座番号	
フ	リ	ガ	ナ				
口	座	名	義				

※申請者（請求者）と口座名義人が異なる場合は、申請者（請求者）より委任を受けたものとみなします。