

年 月 日

牛久市長 様

請求者 住所

氏名

印

牛久市不妊治療費助成金請求書

年 月 日付第 号で交付決定を受けた牛久市不妊治療費助成金
について、牛久市不妊治療費助成事業の実施に関する告示第7条の規定により、
下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

指定 口座	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店					
		信用組合・農協		出張所					
	フリガナ		預金 種目	当座 ・ 普通					
	口座名義人		口座 番号						

(注) 請求者と振込指定先の口座名義は同一の人物とします。同一人物であって請求者と振込指定先の口座名義が異なる場合は、振込指定先への振り込みをもって助成金の受領とします。

(表)

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー

又はキャッシュカードのコピー 等