

# 不育症治療費助成金交付請求書

平成 年 月 日

苫小牧市長 様

請求者	〒	
	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	

苫小牧市不育症治療費助成事業実施要綱第10条の規定に基づき、次のとおり不育症治療費助成金を請求します。

## 記

1 請求金額 円

## 2 振込先

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店	支店					
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									

注1 印鑑は交付申請書(様式第1号)に押印したのと同じ印鑑を使用してください。別の印鑑は無効となります。

注2 請求者、口座名義人は、交付申請書の申請者と同一にしてください。