

不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

苫小牧市長 様

〒

請求者 住 所

氏 名

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 本店 支店 信用組合									
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座		口座番号							
フリガナ										
口座名義人										

注) 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。