

様式第5号（第7条関係）

特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日

伊方町長 様

請求者 住所
氏名 ⑩

年 月 日付 第 号で支給決定を受けた特定不妊治療費助成金を下記のとおり請求します。

記

請求額 金 _____ 円

(振込先)

金融機関名	銀行 金庫 組合			本店 支店 出張所			
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()				
口座番号							(左詰記入)

※初回請求時には別添、口座振替依頼書を併せて提出してください。