

【伊方町】様式第5号（第7条関係）

一般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一般不妊  
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。