

様式第6号（第7条関係）

年 月 日

新温泉町長 様

請求者 住 所
氏 名 ⑩
電 話 ()

新温泉町不妊治療（生殖補助医療）費助成金請求書

年 月 日付け不妊治療（生殖補助医療）費助成事業承認決定通知書により決定を受けた下記金額を請求します。

	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日	
夫		年 月 日 (歳)	
妻		年 月 日 (歳)	
請求金額	金 円		
上記の助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。			
金融機関名	銀行・信用金庫・農協 信用組合・その他 ()		
支店名	本店・支店・出張所・本所・支所		
種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(ふりがな)			
口座名義人名 (受取人)			