

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)			