

様式第3号（第7条関係）

特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日

常総市長 殿

請求者 住 所

氏 名



電話番号

年 月 日付けで交付の決定を受けた特定不妊治療に要した費用
に対する助成金について、次のとおり請求します。

助成金請求額 金 _____ 円

振込先口座

金融機関	銀行 組合 金庫 農協				本店 支店			
	金融機関コード				支店コード			
	口座種別				口座番号			
	普通 当座 その他()							
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							