

様式第4号(第7条関係)

高浜町不妊治療費助成金請求書

高浜町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

金 _____ 円

高浜町不妊治療費助成事業実施要綱に基づき、 _____ 年 _____ 月 _____ 日付で決定通知の
あった上記の金額を、不妊治療費助成金として請求します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

振込先

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人(かな)
		普通 当座		