

様式第3号 (第6条関係)

みやき町不妊治療助成事業助成金請求書

年 月 日

みやき町長 様

下記のとおり請求します。

記

名 称	金 額
みやき町不妊治療助成事業助成金	金 円

請 求 者	
〒 住 所	
氏 名	_____ (印)

年 月 日付けで申請した不妊治療費の助成について、助成が適当であると認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

(※請求書を決定後に提出される場合は上記一文は不要)

振 込 先 金 融 機 関						
金 融 機 関 名 称				本 ・ 支 店 名		
				本 店 支 店 出張所		
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号			
ふりがな 口座名義人						

※振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。
※お預かりした個人情報厳重に管理し、みやき町不妊治療助成事業助成金請求のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。