

利根町長 様

請求者 住所  
氏名

利根町不妊治療費助成金請求書

年 月 日付第 号で交付決定を受けた利根町不妊治療費助成金  
について、利根町不妊治療費助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり  
請求します。

記

- 1 請求額 金 円
- 2 振込先

指定 口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所	
	フリガナ		預金 種目	当座 ・ 普通	
	口座名義人		口座 番号		

(注) 請求者と振込指定先の口座名義は同一の人物とします。同一人物であって請求者と振込指定先の口座名義が異なる場合は、振込指定先への振り込みをもって助成金の受領とします。

(表)

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー

又はキャッシュカードのコピー 等