

年 月 日

佐那河内村不育症検査治療費助成事業助成金交付請求書

佐那河内村長 様

住所
氏名 印
連絡先 () ー

佐那河内村不妊治療費助成事業実施要綱第 6 条の規定により次のとおり請求します。

請求額	円
-----	---

振 込 先	金融機関の名称	銀行 本店 信用金庫 支店 農業協同組合 支所									
	預金種別	普通・当座	口座番号								
	(フリガナ)										
	口座名義人										

※口座名義人と申請者は同じ方にしてください。
(申請者と口座名義人が異なる場合は、別に受領委任状が必要です。)