様式第３号（第６関係）

坂城町不妊・不育症治療費助成金交付請求書

令和　　年　　月　　日

坂　城　町　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　坂城町大字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和　　年　　月　　日付け坂城町指令　坂福健第　　号で交付決定通知のありました坂城町不妊・不育症治療費助成金を下記のとおり請求します。

記

交付請求額　　　　　　　　　　　　　　　円

振込先金融機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | | 本　・　支　店　名 |
|  | |  |
| 預金の種類 | 口　座　番　号 | 口　座　名　義 |
| 普通  当座 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |