

砂川市特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日

砂川市長 様

請求者 住所
氏名

年 月 日付けで決定通知のあった砂川市特定不妊治療費助成金について、
次のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店	支店
預金種別	普通 ・ 当座		
口座番号			
(ふりがな)			
口座名義人			

※ 請求者及び口座名義人は、交付申請書の申請者と同一にしてください。