別記第４号様式（第６条関係）

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　　本店　　支店 信用組合
預金種別	普通　・　当座
口座番号	
（ふりがな）	
口座名義人	

注１　印鑑は交付申請書（別記第１号様式）に押印したものと同じ印鑑を押印してください。別の印鑑は無効となります。

注２　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。