

様式第4号（第7条関係）

不妊治療費助成金請求書

年 月 日

下田市長 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号

印

金額 _____ 円

年 月 日付け第 号により支給決定を受けた不妊治療費助成金として、上記のとおり請求します。

振込先金融機関		銀行 金庫 組合	本店・支店・支所
口座の種類	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義			