

第 5 号様式 (第 7 条関係)

請 求 書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号

年 月 日付けで承認決定を受けた特定不妊治療費の助成金について、下記の金額を請求します。

振込先	金融機関名	銀行 農協 金庫			本・支店 支所 出張所 代理店	
	預金種別	普通 当座	口座番号		(ふりがな) 口座名義人	()
請求額	金 円					