

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一般不妊治療（人工授精）費の助成金について、下記の金額を請求します。

対 象 者			(ふりがな) 氏 名		生年月日	
	夫	()		年 月 日生 (歳)		
	妻	()		年 月 日生 (歳)		
	連絡先	〒 () 電話 ()				
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 (申請者と同一)		()
請 求 額		金 円				