

様式第5号(第8条関係)

桑名市特定不妊治療費助成(県補助対象)請求書

(宛先)桑名市長

〒
住 所

氏 名 ④
連絡先

年 月 日付け桑名市指令子第 号で承認決定を受けた桑名市特定不妊治療費助成(県補助対象)について、桑名市特定不妊治療費助成(県補助対象)事業実施要綱第13条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 _____ 円

なお、上記の助成金は、次の口座に振込みをお願いします。

振込金融機関	銀行 信用金庫 労働金庫 農 協		本 店 支 店 支 所 出 張 所						
	1 普通 2 当座	口座番号 (左づめ)							
	口座名義人 (カタカナ)								
備考									