

様式第5号（第8条関係）

上峰町不妊治療費助成事業助成金請求書

年 月 日

上峰町長 様

このことについて、下記のとおり請求します。

名 称	金 額						
上峰町不妊治療費助成事業助成金	金 円						
	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2">〔</td> <td>内訳</td> <td>人工、体外、顕微治療</td> <td>円（税込）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>男性不妊治療</td> <td>円（税込）</td> </tr> </table>	〔	内訳	人工、体外、顕微治療	円（税込）		男性不妊治療
〔	内訳		人工、体外、顕微治療	円（税込）			
		男性不妊治療	円（税込）				

請 求 者	
住 所	
氏 名	_____ ⑩

年 月 日付けで申請した不妊治療費の助成について、助成が認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

（※請求書を決定後に提出される場合、上記一文は不要）

振込先金融機関									
金融機関名称					本・支店名				
銀行・信用金庫 農協・信用組合					本 店				
					支 店				
					出張所				
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号						
ふりがな 口座名義人									

※振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。

※お預かりした個人情報厳重に管理し、上峰町不妊治療費助成事業助成金請求のために使用し、

ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。