

年 月 日

南関町長

様

請求者 住 所
氏 名
電話番号

印

南関町先進医療不妊治療費助成事業請求書

年 月 日付け 第 号交付決定のあった先進医療不妊治療に要した費用の助成について、南関町先進医療不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 交付請求額 金 円

2 振込先

※請求者の口座をご記入ください。

振込先	銀行 農協	支店 支所
預金口座	1 普通	2 当座
口座番号		
ゆうちょ銀行の場合	記号	番号
口座名義人	フリガナ 氏名	