

年 月 日

土佐清水市長 様

住 所

氏 名

印

土佐清水市不妊治療費等助成事業請求書

年 月 日付け土清健発第 号で交付の決定のありました不妊治療費等助成金について、土佐清水市不妊治療費等助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり請求いたします。

記

請求金額 金 _____円

但し、 不妊治療費等助成金として

(付記)

上記の助成金は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

口座名義人氏名 (申請者本人に限る)		※カタカナでご記入ください。					
振替先金融機関	金融機関	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫 農業協同組合			本店・支店 支所・出張所	
	(ゆうちょ銀行を除く。)	預金種目	1 普通 2当座				
		口座番号	口座番号は、右づめでご記入ください。				
	ゆうちょ銀行	店名	普通預金	口座番号			

※ゆうちょ銀行の店名、口座番号は通帳見開き下段の口座番号を左から7桁でご記入ください。