

(様式第5号)(第6条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付請求書

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者

住 所 山ノ内町大字

氏 名

電 話 ( )

年 月 日付山ノ内町指令 第 号で交付決定のあった山ノ内町不妊及び不育症治療補助金交付要綱第6条の規定により、下記により請求します。

記

1. 交付請求額 円

2. 振込先口座

|       |         |        |  |
|-------|---------|--------|--|
| 金融機関名 |         | 支店・支所名 |  |
| 口座種別  | 普通 ・ 当座 | 口座番号   |  |
| フリガナ  |         |        |  |
| 口座名義  |         |        |  |