

様式第4号（第6条関係）

特定不妊治療費助成金請求書

枠内を誤字がないように記入をお願いします。

年 月 日

四国中央市長 様

※申請者と口座の方は、同一です。

請求者

住 所

氏 名

印

四国中央市特定不妊治療助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり請求します。

¥ \_\_\_\_\_

口座振替先は次のとおりです。

郵便番号	—
住 所	
フリガナ 氏 名	
金融機関名	銀行・信金・農協・労金
支店名	支店
預金種別	1. 普通(総合)口座      2. 当座
口座番号      (7桁)	
口座名義人 (カナ氏名)	シ   コ   ク   ハ   ナ   コ