

不妊検査費等助成金交付請求書

日付は空欄で

年 月 日

四国中央市長 様

申請者と同じ方を記入してください

空欄でOK

住所
氏名

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知があった助成金について、四国中央市不妊検査費等助成事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

記

- 1 交付決定額 _____ 円
- 2 交付請求額 _____ 円

空欄でOK

3 振込先

| | | | |
|-------|---------|------|---------|
| 金融機関名 | しこちゅ〜銀行 | 支店名 | コスモス支店 |
| 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | 1234567 |
| フリガナ | シコク ハナコ | | |
| 口座名義人 | 四国 花子 | | |

備考 請求者本人名義の口座を記入してください。

請求者本人名義の口座を記入してください