

様式第 6 号（第 7 条関係）

四国中央市不育症治療助成金交付請求書

年 月 日

四国中央市長 様

住所
氏名
電話番号

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、
四国中央市不育症治療助成事業実施要綱第 7 条の規定により、次のとおり請求します。

1 交付決定額 円

2 交付請求額 円

3 振込先

金融機関名		支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

備考 請求者本人名義の口座を記入してください。