

## 様式第5号（第9条関係）

## 取手市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付請求書

年 月 日

## 取手市長 殿

請求者(代表申請者)

## 住 所

### 氏 名

### 電話番号

年 月 日付け取 発第 号で交付決定のあった取手市特定不妊治療費助成金について、取手市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第9条の規定により請求します。

## 取手市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付請求書

年 ~~月~~ 日

取手市長 殿

太枠の箇所をご記入ください。

請求者(代表申請者)

住 所 取手市新町 2-5-25  
 氏 名 取手 花子  
 電話番号 0297-85-6900

年 ~~月~~ 日付け取 扱第 ~~号~~ で交付決定のあった取手市特定不妊治療費助成金について、取手市特定不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第9条の規定により請求します。

申請額	金 円								※助成上限額と治療費の自己負担額を比較して低い方の額
請求者が 指定する 振込先	金融機関名	取手			銀行 金庫 農協	とりで			本店 支店 出張所
	預金種別	普通		フリガナ		トリデ タロウ			
		当座		口座名義		取手 太郎			
口座番号	1	1	1	1	1	1	1	(左詰記入)	

代表申請者の振込先口座となります。

「様式第1号 取手市特定不妊治療費(先進医療)助成金交付申請書」  
 で記載していただいた代表申請者と同じにしてください。