

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 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 取 手 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。

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							
代 表 申請者 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 当座	フリガナ			トリデ タロウ			
			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。