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。

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 申請者 振込先	金融機関名			銀行 金庫 農協				本 支 店 出 張 所
	預金種別	普通当座	フリカ 口座名					
	口座番号						(左詰	記入)

記入例

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 目付け取 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。

申	金				※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		取号	F	<u>金</u>	l行 :庫 !協	とりで		本 店 支 店 出張所	
	預金種別口座番号	普通当座		フリガナ			トリデ タロウ			
				口座名義			取手 太郎			
		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。