

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 太郎

電話番号 0297-85-6900

~~年 月 日~~付取 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					
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	普通当座		フリガナ		トリデ タロウ			
	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。