

様式第3号（第6条関係）

基山町不妊治療費助成事業助成金請求書

年 月 日

基山町長 様

次のとおり請求します。

名 称	金 額
基山町不妊治療費助成事業助成金	金 円

請 求 者	
住 所	基山町
氏 名	_____ 印

年 月 日付で申請した不妊治療費の助成について、助成が認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

（※請求書を決定後に提出される場合は上記一文は不要）

振 込 先 金 融 機 関										
金 融 機 関 名 称					本 ・ 支 店 名					
銀行・信用金庫 農協・信用組合					本 店 支 店 出張所					
預金種目	普通 ・ 当座				口座番号					
ふりがな 口座名義人										

※振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。

※お預かりした個人情報 は 厳重に管理し、基山町不妊治療費助成事業助成金請求のためにのみ使用します。