

様式第3号（第5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	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。

【振込先】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・支所
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 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。