

様式第5号（第7条関係）

年 月 日

糸満市長 殿

申請者 住所
氏名 印
電話番号

特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日付け糸満市指令健第 号で交付決定された糸満市特定不妊治療費助成事業要綱第7条の規定により請求します。

記

- 1 請求額 金 _____ 円
2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

口座名義人名は、申請者氏名と一致すること。

(糸満市記入)

受給者番号	
-------	--