

様式第5号（第9条関係）

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）助成金請求書

年 月 日

東かがわ市長 宛

申請者 住 所

氏 名 ㊟

電話番号

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支所 出張所
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	----- ----- ----- ----- -----
フリガナ 口座名義人			

※申請者名義の口座を記入してください。

※通帳の写しを添付してください。