

請 求 書

東かがわ市特定不妊治療費助成金 金 _____ 円

上記の金額を請求します。

年 月 日

東かがわ市長 殿

住 所 〒 _____

フリ ガナ
氏 名 _____ 印

支払い方法 口座払い	振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所
		預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	-----	-----	-----
		(フリガナ) 口座名義人					

※ 請求者と口座名義人は同一としてください。