

大垣市一般不妊治療事業補助金交付請求書

年 月 日

大垣市長 様

〒
請求者 住所
氏名 印
電話番号

大垣市一般不妊治療事業補助金の交付が決定された場合、次の金額を請求します。

対 象 者			(ふりがな) 氏 名		生年月日				
	夫		()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)	
	妻		()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)	
	連絡先		〒		電話 ()				
振 込 先	金融機関名		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所				
	預金種別		普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)		()			
	口座番号								(左詰記入)
	ゆう ちょ 銀行 の 場 合	記号							
番号									
請求額		金		円					