

砥部町不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

砥部町長 様

請 求 者	住 所	〒				
	ふりがな					
	氏 名	⑩				
	生年月日	昭・平	年	月	日	
電 話	()					

年 月 日付け砥部町指令 砥保第 号で交付決定通知のありました
砥部町不妊治療費助成金について、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 農 協 信用金庫			本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人(※)	()	
口 座 番 号				

※請求者(交付決定者)と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。

委任状	
(宛先) 砥部町長 様	年 月 日
委任者 (交付決定者)	
住所	
氏名	⑩
次の者に砥部町不妊治療費助成金の受領を委任します。	
受任者 (口座名義人)	
住所	
氏名	