

上砂川町特定不妊治療（先進医療）費助成金請求書

年 月 日

上砂川町長 様

請求者 住所
氏名 印

年 月 日付で決定通知のあった上砂川町特定不妊治療（先進医療）費助成金について、次のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

2 振込先

金融機関名	銀 行 信用金庫 本店 支店 信用組合						
預 金 種 別	普通 ・ 当座						
口 座 番 号							
(ふりがな)							
口座名義人							

※ 請求者及び口座名義人は、交付申請書の申請者と同一にしてください。

上砂川町特定不妊治療（先進医療）費助成金請求書

記入しないでください

年 月 日

上砂川町長 様

請求者 住所 上砂川町中央北1条5丁目1-7

氏名 上砂 花子

印

記入しないでください

年 月 日付で決定通知のあった上砂川町特定不妊治療（先進医療）費助成金について、次のとおり請求します。

記

記入しないでください

1 請求金額

円

2 振込先

金融機関名	〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 本店 〇〇〇 支店
預金種別	普通 当座
口座番号	1 2 3 4 5 6 7
(ふりがな)	かみすな はなこ
口座名義人	上砂 花子

※ 請求者及び口座名義人は、交付申請書の申請者と同一にしてください。