

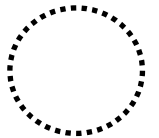
不育症治療費助成金交付請求書

令和 年 月 日

釧路市長 あて

〒
請求者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

捨印



釧路市不育症治療費助成事業実施要綱第 7 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり不育症治療費助成金の交付を請求します。

記

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先

金融機関	銀 行		本店		支店	
	信用金庫	信用組合				
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						

注 1 ゆうちょ銀行への振込の場合、振込専用の受取口座番号が必要です。振込専用の受取口座番号が通帳に記載のない場合はゆうちょ銀行で手続きをしてください。

注 2 記載内容に訂正を要する場合がありますので、必ず捨印を押してください。

注 3 請求者、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。