

様式第4号（第8条関係）

不育症治療費助成金交付請求書

金 _____ 円

ただし、不育症治療費助成金として

上記の金額を請求します。

年 月 日

勝山市長

請求者 住 所 〒911-
(申請者) 勝山市
氏 名
連絡先

【振込先】

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義 (カナ)
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

押印省略の場合は下記を記載してください。

発行責任者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	<input type="checkbox"/> 請求者と異なる(氏名	連絡先)
担当者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	<input type="checkbox"/> 請求者と異なる(氏名	連絡先)

【添付書類】

振込先金融機関口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し等）