

様式第 5 号（第 1 3 条関係）

御殿場市不妊治療費用及び不育症治療費用助成金請求書

年 月 日

御殿場市長 様

住 所
請求者 氏 名 印
電話番号

年 月 日付け 御健健第 号により支給の決定を受けた不妊治療費用及び不育症治療費用助成金について、御殿場市不妊治療費用及び不育症治療費用助成金支給要綱第 1 3 条の規定により次のとおり請求します。

1 請求額 円

2 振込先

振込先金融機関	金 融 機 関	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	口 座 種 別	普通 ・ 当座	
	口 座 番 号		
	フリガナ		
	口 座 名 義 人		

※ 請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状を添付すること。