

請 求 書

令和 年 月 日

大野町長 様

〒
住 所 大野町大字

氏 名 印

電話番号

一般不妊治療費の助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	連絡先	〒 電話 ()					
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所					
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()			
	口座番号						(左詰記入)
請 求 額		金		円			