

様式第5号(第7条関係)

年 月 日

恵那市長 様

住 所

氏 名 印

請 求 書

金 _____ 円

ただし、 年 月 日付け 第 号 により承認を受けた特定不妊治療費助成金として、上記のとおり請求します。

口座振替先金融機関名 (郵便局以外)		銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店			
(フリガナ)		◇普通	口座 番号				
口座名義人		◇当座					

注:振込先は、申請者(請求者)名義の口座とすること。