

第7号様式（第7条関係）

新居浜市特定不妊治療（先進医療）費助成金請求書

令和 年 月 日

（宛先）新居浜市長

請求者 住所

氏名

令和 年 月 日付け指令福保第 号で交付決定のありました特定不妊治療（先進医療）費助成金について、次のとおり請求します。

金 _____ 円

振込先は次のとおりです。

| | | | | | | | |
|-------|----------------|--|----------------------|--|--|-----|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行 金庫 組合 | | | | | | 本店 支店 出張所 |
| 預金種別 | 普通 当座 | | (ふりがな) 口座名義人 (※1) | | | () | |
| 口座番号 | | | | | | | |

※1 請求者と口座名義人は一致させてください。