

境港市不育症治療等助成金請求書

年 月 日

境港市長 様

申請者 住所 境港市

氏名

年 月 日付け受境健第 号で交付決定及び額の確定通知のあった
年度境港市不育症治療等助成金について、下記のとおり請求します。

記

1. 助成金の額 金 _____ 円

2. 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協・漁協
支店名	本店・支店・支所・出張所
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	