様式第４号（第６条関係）

　　　年　　　月　　　日

　　境港市長　　様

請求者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

境港市不妊治療費等助成金請求書

　　　 年 　月 　日付発境健第 　　号で交付決定及び額の確定通知のあった

保険適用一般不妊治療費助成金

　　年度境港市不妊治療費助成金

不妊検査費助成金

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 |  | | | | | | | |