

江田島市特定不妊治療費用助成金請求書

江田島市長 様

住 所 江田島市

氏 名 ㊟

年 月 日付け 第 号で特定不妊治療費用の助成の承認に係る決定を受けた江田島市特定不妊治療費用助成金について、江田島市特定不妊治療費用助成事業実施要綱第8条第1項の規定により請求します。

金 円

振込先

金融機関名	銀行・農協・信用金庫・信用組合・労働金庫						
支店名	支店						
口座種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）						
口座番号							
フリガナ 口座名義人							