

年 月 日

中城村長 殿

申請者 住所

氏名

印

電話番号

特定不妊治療費助成金請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定された中城村特定
不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

口座名義人名は、申請者氏名と一致すること。

(中城村記入)

受給者番号	
-------	--