

第 6 号様式(第 8 条関係)

桜井市不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

桜井市長 様

申請者  
住 所  
氏 名  
電話番号

印

年 月 日付け、第 号で交付決定のあった桜井市不育症治療費助成金について、下記のとおり請求します。

記

|       |   |
|-------|---|
| 交付請求額 | 円 |
|-------|---|

振込先金融機関

| 金融機関名           |                       |  |              | 口座種別                 | 口座番号 |
|-----------------|-----------------------|--|--------------|----------------------|------|
|                 | 銀行<br>金庫<br>農協<br>その他 |  | 本店<br>店<br>所 | 1 普通<br>(総合)<br>2 当座 |      |
| (ふりがな)<br>口座名義人 |                       |  |              |                      |      |