

様式第 5 号（第 9 条関係）

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）助成金請求書

年 月 日

東かがわ市長 宛

申請者 住 所

氏 名 ㊟

電話番号

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療費助成事業）助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支所 出張所					
預 金 種 別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号						
フリガナ 口座名義人								

※申請者名義の口座を記入してください。

※通帳の写しを添付してください。