

別記様式（第5条関係）

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金請求書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住所

氏名

㊞

電話

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金を次のとおり請求します。

記

請求額	金 15,000円
-----	-----------

対象者氏名		生年月日	
医療機関	所在地： 名称：		
通院日	月 日	月 日	月 日
	月 日	月 日	月 日
	月 日	月 日	月 日
	月 日	月 日	月 日
備考	通院の状況が確認できる書類を添付すること		

振 込 先	口 座 等	ふりがな 口座名義											
		金融機関名 <small>(ゆうちょ銀行以外)</small>	銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店・支店										
			種別	当座・普通	口座番号								
		ゆうちょ銀行	通帳記号					の					
備考													