

第7号様式（第7条関係）

新居浜市一般不妊治療費・不育症検査治療費助成金請求書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

請求者 住所

氏名

令和 年 月 日付け指令福保第 号で交付決定のありました一般不妊治療費・不育症検査治療費助成金について、次のとおり請求します。

金 _____ 円

振込先は次のとおりです。

金融機関名	銀行 金庫 組合						本店 支店 出張所
預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人(※1)			()		
口座番号							

※1 請求者と口座名義人は一致させてください。