

請 求 書

年 月 日

（あて先）八百津町長 様

〒
住 所 八百津町

氏 名 印

電話番号

一般不妊治療（人工授精）費の助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	連絡先	〒 電話 ()					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	
	預金種別	普通	(ふりがな) 口座名義人		()		
		当座	(申請者と同一)				
	口座番号						(左詰記入)
	請求額	金 円					

※但し千円未満切り捨て