

様式第 4 号

庄原市不妊検査・一般不妊治療費補助金交付請求書

年 月 日

金 _____ 円

ただし、 年 月 日付 第 号で交付決定を受けた補助金として
請求します。

住 所
氏 名
電話番号

庄原市長 様

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協					店 所		
	預 金 種 別	普 通		(ふりがな) 口座名義人			()		
	口 座 番 号								(右詰記入)

※ 振込先は、請求者が口座名義人となっている口座を記入してください。