様式第５号（第８条関係）

　　年　　月　　日

大田原市不育治療費助成金請求書

大田原市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　年　　月　　日付け　　　　　　第　　　号で交付決定のあった大田原市不育治療費助成金について、次のとおり請求します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金の名称 | 大田原市不育治療費助成金 | |
| 補助金請求額 | 円 | |
| 振　込　先 | 銀行・信用金庫    　　　　農協・信用組合　　　　　　本・支店・出張所 | |
| 口座番号（普通預金・当座預金） | |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |