

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            |          |