

(様式3号)

神埼市不妊治療助成事業助成金請求書

年 月 日

神埼市長 内川修治 様

下記のとおり請求します。

記

名 称	金 額
神埼市不妊治療助成事業助成金	金 円

請 求 者	
〒 住 所	
氏 名 _____ 印	

年 月 日付けで申請した不妊治療費の助成について、助成が
適当であると認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関									
金 融 機 関 名 称					本 ・ 支 店 名				
					本 店 支 店 出張所				
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号						
ふ り が な 口座名義人									

※振込み先の預金口座名義人と、請求される方の氏名は同じ人にしてください。
※お預かりした個人情報 は 厳重に管理し、神埼市不妊治療助成事業助成金請求のために
使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。