

(様式3号)

## 神崎市不妊治療助成事業助成金請求書

年 月 日

神崎市長 様

下記のとおり請求します。

### 記

名 称	金 額
神崎市不妊治療助成事業助成金	金 円

請 求 者	
〒 住 所	
氏 名	_____ ㊞

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、神崎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。