年　　月　　日

高森町長　　　様

請求者

住所

氏名　　　　　　　　　　印

高森町特定不妊治療費助成事業（保険適用への円滑な移行支援分） 助成金請求書

　高森町特定不妊治療費助成事業（保険適用への円滑な移行支援分）実施要綱第７条の規定により、次のとおり請求します。

１．請求額　　　　　　　　　　円

２．振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用組合・農協　　　　　　　　　　　　 |
| 支店名 |  |
| 預金種目 | 　普通　　当座 | 口座番号　　 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 |  |