

様式第4号(第7条関係)

年 月 日

神栖市長 様

住所

氏名

神栖市不育治療費助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった神栖市不育治療費助成金として、
円を請求いたしますので、下記の口座に振込み願います。

(振込先)

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所
口座種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		