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 こ家第　　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<br>信用金庫<br>信用組合 | 支店<br>出張所 |
| 口座種別 | 普通・当座 | |
| 口座番号 | | |
| フリガナ<br>口座名義人 | | |