

様式第 4 号 (第 8 条関係)

年 月 日

神栖市長 様

住所
氏名

神栖市不妊検査費及び一般不妊治療費助成金交付請求書

令和 年 月 日付け健第 号で交付決定のあった神栖市不妊検査費
及び一般不妊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		