

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 こ家第 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		