

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

神栖市長 様

住所  
氏名

神栖市不妊治療費（先進医療）助成金交付請求書

年 月 日付け こ家 第  
治療費（先進医療）助成金として、  
座に振込み願います。

号で交付決定のあった神栖市不妊  
円を請求いたしますので、下記の口

（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		