

様式第 4 号（第 7 条関係）

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

印

鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた鹿島市
不妊治療費助成金（生殖補助医療分）について、下記金額を交付されるよう
鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）交付要綱第 7 条の規定により請
求します。

記

1 助成金請求額

¥							円
---	--	--	--	--	--	--	---

2 振込指定口座 ※預金通帳を必ず持参すること

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫 信用組合							本店・支店 支所・出張所
預金種別	普通預金 ・ 当座預金							
口座番号								※右詰記入
フリガナ								
口座名義人								

※申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に受任の委任をいたします。