

日付は書かないでください

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 住所 鹿島市大字納富分 2700 番地 1  
氏名 鹿島 一郎 印  
電話番号 000-1234-1234

認め印も可

鹿島市不妊治療費助成金（先進医療等）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（先進医療等）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（先進医療等）交付要綱第 7 条の規定により請求します。

記入しないで  
ください

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 | 〇〇 銀行 信用金庫 農協・労働金庫 〇〇 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  | 1 2 3 4 5 6 7              | ※右詰記入        |
| フリガナ  | カシマ イチロウ                   |              |
| 口座名義人 | 鹿島 一郎                      |              |

※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。