

年 月 日

稲城市特定不妊治療医療費助成金請求書
（先進医療不妊治療等医療費分）

稲城市長 殿

請求者 住 所
氏 名
電 話

稲城市特定不妊治療医療費助成金交付要綱第 8 条第 2 項または第 12 条第 3 項の
規定により、下記のとおり助成金の支払を請求します。

請求金額						円
------	--	--	--	--	--	---

なお、上記の助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号				支店番号				口座種別
(金融機関名) 1 銀行 4 信組 2 信金 5 その他 3 農協				(支店名) 1 本店 2 支店 3 出張所				1 普通 2 当座
口座番号				口座名義				
							フリガナ	
							名 義 人	

注) ゆうちょ銀行への振込みを御希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の
店名及び口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。