

佐々町不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

佐々町長 様

請 求 者

住 所 北松浦郡佐々町 免 番地

氏 名

印

関係書類を添えて下記のとおり不妊治療費助成金を請求します。

記

実施した医療技術 (先進医療)									
請 求 額		円							
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 漁協 本店 支店 出張所							
	預金種別	普通	(ふりがな)		()				
		当座	口座名義人 (請求者と同一)						
	口座番号								
記号番号						(ゆうちょ銀行のみ記入)			

◎請求書に添付する書類

長崎県不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書の写し