

請 求 書

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 金 額 | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|

ただし、千代田区不妊検査等助成事業に係る助成費として、上記の金額を請求いたします。

なお、決定した助成費については、下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | |
|-------------|---------|-------------|------|--|--|--|-------|--|
| 振 込 先 | 金融機関名 | 銀行・信金・信組 | フリガナ | | | | | |
| | | | 口座名義 | | | | | |
| | 支店名 | 本・支店 出張所 | 口座番号 | | | | | |
| | 金融機関コード | | 店番号 | | | | 普通・当座 | |

備考：振込口座名義人が請求者以外の場合は委任状が必要です。

年 月 日

千 代 田 区 長 殿

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(スタンプ印不可)