



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)