

印

請 求 書

金 額	¥	●	●	●	●	●	●

記入例
請求金額を右詰でご記入
ください。(訂正不可)

捨印(氏名欄と同じ印)を押してください。

ただし、特定不妊治療費助成制度にかかる医療費助成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						
	支店名			口座番号			
	金融機関コード			店番号			普通・当座

千代田区特定不妊治療費助成申請書の申請者欄に記載のある申請者名義の口座をご記入ください。(旧姓・配偶者名義は不可)

**年月日は未記入
をお願いします。**

年 月 日

千 代 田 区 長 殿

住所

千代田区特定不妊治療費助成申請書の申請者欄に記載のある申請者をご記入ください。

氏名

印

朱肉を使う印鑑をお使いください。

(スタンプ印不可)