



請 求 書

金 額							
--------	--	--	--	--	--	--	--

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	銀行・信金・信組	フリガナ				
			口座名義				
	支店名		口座番号				
	金融機関コード		店番号				普通・当座

年 月 日

千 代 田 区 長 殿

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(スタンプ印不可)