

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）				
	●	●	●	●	●
					円

印

捨印（氏名欄と同じ印）を押してください。

ただし、千代田区特定不妊治療費（先進医療）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			フリガナ				
				口座名義				
	支店名							
	金融機関コード							
								普通・当座

千代田区特定不妊治療費（先進医療）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）

年月日は未記入でお願いします。

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

千代田区特定不妊治療費（先進医療）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。

住所

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）