**請　　求　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 |  |  |  |  |  | 円 |  |

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金として、上記の金額を請求いたします。

　なお、決定した助成金については、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 |  |  |  | 預金種別 | | | |
| 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）