



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）