



請 求 書

| | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 金 額 | | | | | | | | 円 |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|---|

ただし、千代田区凍結卵子を使用した生殖補助医療への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)