

年 月 日

枕崎市長 殿

請求者 所在地
氏 名 印
電話番号

年度枕崎市不妊治療費助成金請求書

年 月 日付け 第 号の2で交付決定通知のあった 年度枕崎市不妊治療費助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

金融機関名	
支店・支所名	
預金の種類	普通・当座・（ ）
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※振込先は申請者名義の口座に限ります。