様式第４号

札幌市不育症治療費助成事業助成金請求書

あて先）札幌市長

下記のとおり請求します。

記

名　　称	金　　額
札幌市不育症治療費助成事業助成金	

請求年月日

電話番号

郵便番号 住　　所 (ふりがな) 氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	請 求 印

　　年　　月　　日付けで申請した不育症治療費の助成について、助成が適当であると認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関										
金融機関名称			本・支店名							支店番号
銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所							
預金種目	１　普通　　２　当座	口座番号								