様式第４号

札幌市不育症治療費助成事業助成金請求書（記載例）

あて先）札幌市長

下記のとおり請求します。

記

1回の治療期間に行った「対象となる検査及び治療」に要した自己負担費用です。上限は10万円になります。
＊領収書が複数枚ある場合は、空欄のままにして下さい。センターで計算し記入します。

名　　称	金　　額
札幌市不育症治療費助成事業助成金	¥　　〇〇〇、〇〇〇

請求年月日　＊札幌市記入欄

請求者の電話番号を記入します

電話番号　〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

郵便番号　000-0000

住　　所　札幌市△区△△条△△丁目△△―△△△

(ふりがな)　さっぽろ　はなこ

氏　　名　札幌　花子

請求印　印　印

申請書に記載した申請者氏名と振込先口座の名義人を同一にします。

申請者と同一印。朱肉を使用して、印影が鮮明にわかるように押し、余白に捨印を押します。（認印で可）

●●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。

申請書の申請年月日です

振込先金融機関											
金融機関名称				本・支店名							支店番号
市役所		銀行（○） 金庫 農協		保健所					本店 支店（○） 出張所		123
預金種目	1 普通（○）　2 当座	口座番号		1	2	3	4	5	6	7	