様式第４号

札幌市特定不妊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
札幌市特定不妊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　　日付けで申請した特定不妊治療費の助成について、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						
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							

＊札幌市記入欄

受給者番号							