

様式第5号（様式第6条関係）

請 求 書

年 月 日

(あて先)
 八郎潟町長
 (課名 健康福祉課)

債権者 住 所
 (電話番号)
 氏 名

印

次のとおり請求します。

請 求 金 額 ¥ _____

経費の内訳
 八郎潟町不育治療費助成事業助成金として
 (年 月 日付け 指令八健発第 号 承認通知)

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所
	預金種別(どちらかに○)	当 座 ・ 普 通	
	(フリガナ) 口座名義人		
	口座番号 (左詰で記入)		