

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 八郎潟町特定不妊治療（先進医療等）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)		