

第6号様式（第8条関係）

<p>海老名市不育症治療費助成金交付請求書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>海老名市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () _____</p> <p>年 月 日付けで交付決定を受けた海老名市不育症治療費助成金について、海老名市不育症治療費助成事業実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり請求します。</p>	
助成対象者の氏名	
請 求 金 額	円

助成金は、下記の預金口座へ振り込んでください。

なお、申請者名と振込先の口座名義人が異なる場合は、口座名義人を代理人とし、下記口座への振込みをもって請求金の受領と認めます。

振込指定先	フリガナ								申請者との続柄						
	口 座 名 義 人														
	金融機関名														
	支 店 名														
	金融機関コード								支店コード						
	預金の種類				口座番号 (右づめ)										

通帳又はキャッシュカードのコピー又は確認（名義・振込先の口座が分かるもの）