

第6号様式（第8条関係）

海老名市不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

海老名市長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 () _____

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。

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）