

第6号様式（第9条関係）

海老名市特定不妊治療（先進医療）費助成金交付請求書 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">                     年    月    日                 </div>	
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特定不妊治療（先進医療）費助成金について、海老名市特定不妊治療（先進医療）費助成事業実施要綱第9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・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）