

様式第9号(第6条関係)

鬼北町不妊治療費助成金交付請求書

年 月 日

鬼北町長 様

請求者 住 所

妻氏名 (印)

夫氏名 (印)

連絡先

次のとおり、不妊治療助成金の請求をいたします。

金 円

振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合			本 店 支 店 出張所			
預金種別	普通 当座		(ふりがな) 口座名義人		()		
口座番号							

口座名義人が助成対象者でない場合は、次の委任状欄に記入・捺印してください。

委 任 状		年 月 日
鬼北町長 様		
	委任者(助成対象者) 住所	
	氏名	印
次の者に鬼北町不妊治療助成金の受領を委任します。		
受任者(口座名義人) 住 所 氏 名		