第3号様式（第6条関係）

中種子町離島地域不妊治療支援事業助成金請求書

年 月 日

中種子町長 様

（申請者） 住所
氏名 印

年 月 日付けで交付決定のありました助成金について、中種子町離島地域不妊治療支援事業助成金交付要綱第6条の規定により下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込金融機関

金融機関名	
支店名等	
口座種別	普通・当座
口座番号	
フリガナ 口座名義人	

（注意事項）

1. この請求書の申請者の欄には、助成金交付申請者をご記入ください。
2. 印鑑については、助成金交付申請書と同じ物をご使用ください。