

請 求 書

平成 年 月 日

(あて先) 揖斐川町長

〒
住 所 揖斐川町

氏 名 印

電話番号

一般不妊治療（人工授精）費の助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

対 象 者	(ふりがな) 氏 名	生年月日		
	夫 ()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
	妻 ()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	
連絡先	〒 電話 ()			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 (申請者と同一)	()
	口座番号			
請 求 額	金	円		