

第 4 号様式（第 8 条関係）

年 月 日

特定不妊治療医療費助成金請求書（先進医療不妊治療等医療費分）

立川市長 殿

請求者 住 所

氏 名

印

電 話

（自署の場合押印省略可）

立川市特定不妊治療医療費助成金交付要綱第 8 条第 1 項の規定により、次のとおり助成金の支払を請求します。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号					支店番号				口座種別
(金融機関名)					(支店名)				
1 銀行 4 信組					1 本 店				1 普通
2 信金 5 その他					2 支 店				2 当座
3 農協					3 出張所				
口座番号					口座名義				
						フリガナ			
						名 義 人			

注) ゆうちょ銀行への振込みを御希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の店名及び口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。