

様式第6号（第9条関係）

請 求 書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住 所 \_\_\_\_\_

請求者

氏 名 \_\_\_\_\_

年 月 日付け 第 \_\_\_\_\_ 号により交付の決定及び確定を受けた不育症治療費補助金として、下記のとおり請求します。

記

金 \_\_\_\_\_ 円

振込先口座									
金融機関名					金融機関 コード				
支店名					支店 コード				
口座種別	普通・当座	口座番号 (左詰め)							
(フリガナ) 口座名義人 (請求者と同一)									