

様式第5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

⑩

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

口座振込先 金融機関名		支店名	
口座種別 (○で囲む。)	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人 (申請者と同一)			