

様式第 5 号（第 6 条関係）

請 求 書

金 _____ 円

但し 不育症治療費等助成金として
上記のとおり請求します。

年 月 日

（宛先）瀬 戸 市 長

請求者
住所又は所在地

氏名

<口座振込先>

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	(ふりがな)		(				
		当座	口座名義人 (申請者と同一)						
	口 座 番 号								(左詰記入)