

様式第 4 号

摂津市不育症治療費助成金交付請求書

年 月 日

摂津市長 様

請求者 住 所

氏 名 印

電話番号

次のとおり、不育症治療費助成金の交付を請求します。

請 求 金 額		円						
振 込 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 本店 支 店 出張所						
	預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他 ()						
	口 座 番 号							
	フリガナ							
	口座名義人 (請求者)							