

特定不妊治療費等助成事業請求書

年 月 日付け岐南第 号により承認を受けた不妊症検査費・特定不妊治療費の助成金として、下記のとおり請求します。

金 円

年 月 日

岐南町長宛

住所

氏名

印

振込先	金融機関名	(ふりがな)	種別	口座番号
		口座名義人		
	銀行 本店		普通当座	
	金庫 支店			
	農協 出張所			

(記入例)

委任状

わたくしは、 を代理人と定め、次の権限を委任します。

1、特定不妊治療費等助成金受領の件

年 月 日

委任者 住所

氏名

印

委任状

わたくしは、 を代理人と定め、次の権限を委任します。

1、特定不妊治療費等助成金受領の件

年 月 日

委任者 住所

氏名

印