

特定不妊治療費等助成事業請求書

未記入で可。
助成が決定次第、職員が記入します。

該当箇所を○で囲んで
ください。

年 月 日付け岐南第
治療費の助成金として、下記のとおり請求します。

号により承認を受けた不妊症検査費・特定不妊

未記入で可。
助成が決定次第、職員が記入します。

金 円

未記入で可。
助成が決定次第、職員が記入します。

年 月 日

岐南町長 宛

領収書名と同じ方

住所 羽島郡岐南町八剣7-107

氏名 岐南 花子



請求者と口座名義人が別の場合は、
裏面の委任状を記入してください。

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	ぎなん はなこ	普通	1234567
	十六 金庫 農協	支店 出張所	岐南 花子	当座	

(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