様式第５号

請　　求　　書

年　　月　　日

神　戸　町　長　　様

〒

住　　所

氏　　名　　印

電話番号

男性不妊治療費の助成が決定された場合、下記助成決定額を請求します。

記

請　求　額　　金　　円也

振込先（受給歴のある方は１か２を選択、新規の方は２に記入してください。）									
１	前回の振込口座と同じ（口座番号等の記入は不要）※申請者が必ず前回と同一であること。								
２	下記口座に振り込み（新規及び振込先を変更する場合のみ記入してください。）								
	金融機関名	銀行　農協 金庫　組合						本　店 支　店 出張所	
	預金種別	普通 当座	（ふりがな） 口座名義人（※申請者と同じ）					（　　）	
	口座番号								（左詰記入）