

請 求 書

金 額							
-----	--	--	--	--	--	--	--

ただし、 年 月 日付け字発第 号で
決定を受けた不妊治療助成金として

上記の金額を請求します。

年 月 日

宇治田原町長 様

請求者

住 所

氏 名

印

電話番号

支 払 方 法	1. 窓口払い	2. 口座振込		
	宇治田原町役場税務・会計課受け取り 受付 : 月～金（祝日を除く。） 午前10時～午後3時まで （正午～午後1時を除く。） 通知書と印鑑を持参ください。	銀行・農協 <small>信用金庫・信用組合</small>	支（本）店	
		普通・当座	口座番号	
		ふりがな		
	名義人			