

様式第6号（第7条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

請 求 書

金 円

ただし、 年 月 日付け 第 号により助成金の交付の決定及び
確定を受けた菊川市不育症治療費助成金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 様

郵便番号
住 所
氏 名
電話番号 ()

口座振替先 金融機関名	金融機関名		口座種別	普通・当座・その他 ()
	本・支店名		口座番号	
フリガナ				
口座名義				