

年 月 日

恩納村長 様

申請者 住所
氏名 印
電話番号

恩納村不妊治療費助成金請求書

年 月 日付けで申請した不妊治療費助成金について、恩納村不妊治療費助成事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		

口座名義人名は、申請者氏名と一致すること。

(恩納村記入)

受給者番号	
-------	--