

様式第5号（第7条関係）

年 月 日

越前町長 殿

住所
氏名

越前町不妊治療費助成金請求書

令和 年 月 日付け越子第 号で決定の通知があった
越前町不妊治療費助成金（ 一般不妊治療 ・ 特定不妊治療 ）を下記のと
おり請求いたします。

記

請 求 額 金 _____ 円

口座振込先 _____ 銀行・信用金庫・農協

_____ 本店・支店・支所・出張所

口座番号 _____ 普通・当座

(カタカナ)

口座名義人 _____