

様式第6号（第8条関係）

## 白石町不妊治療費助成事業交付請求書

年 月 日

白石町長 様

請求者 住 所  
氏 名

年 月 日付け 第 号により交付決定及び額の  
確定通知があった白石町不妊治療費助成について、下記金額を交付されるよう  
白石町補助金等交付規則及び白石町不妊治療費助成事業実施要綱の規定により  
請求します。

### 記

1 請求額 金 円

2 振込先

振込先金融機関						
金融機関名称				本・支店名		
				本店 支店 出張所		
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号			
ふりがな 口座名義人						

※振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、白石町不妊治療費助成事業交付請求のために  
使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。