様式第６号（第９条関係）

請　求　書

小美玉市長　　様

小美玉市生殖補助医療費等補助金、　　円を請求いたします。

申　請　区　分 （該当に☑）	□　生殖補助医療
	□　男性不妊治療
	□　一般不妊治療

年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の口座に振り込み願います。

（振　込　先）

金融機関名	銀行 信用金庫　　本店 信用組合　　支店 農業協同組合		
口座種別	普通　・　当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

※　申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、下記の「委任状」欄を記入してください。

委　任　状

小美玉市から当方に支払われる、「小美玉市生殖補助医療費等補助金」の受領に関する一切の権限は、

振込先口座名義人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

振込先口座名義人　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　へ委任いたします。

令和　　年　　月　　日　　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿