

第4号様式（第8条関係）

不育症治療費助成金請求書

年 月 日

（宛先）  
 秦野市長

請求者（申請者）  
 住所  
 氏名  
 電話番号

次のとおり、秦野市不育症治療費助成事業実施要綱第8条の規定により請求します。交付が決定した助成金は、次の口座に振り込んでください。

請求額		円					
指令番号		年 月 日 秦野市指令第 号					
振 込 先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫				金融機関番号	
	支店名	本店 支店				店 番 号	
	口座番号						種 別
	名義人 (カタカナ)	普通・当座					

※請求者以外の口座に振り込むときは、次の委任状に記名押印又は署名が必要です。

委 任 状	
私は本件に係る助成金の受領を次の者に委任します。	
(住所)	(氏名)
年 月 日	請求者氏名