

特定不妊治療費助成金請求書

〇〇年 〇月 〇日

日吉津村長 様

住所 日吉津村日吉津 872-15

請求者氏名 日吉津 太郎 印

〇〇年 〇月 〇日付で交付決定通知のあった特定不妊治療費助成金を受給したく、日吉津村特定不妊治療費助成金交付要綱第6条の規定により請求します。なお、申請にあたって下記書類を添付します。

記

請求金額 金 〇〇〇〇〇 円

交付決定通知書に記載の『助成額』を記入してください。

【添付書類】

- 1) 特定不妊治療費助成金交付決定通知書

受給者番号

〇〇〇〇

交付決定通知書に記載の『受給者番号』を記入してください。