

# 佐賀県不育症治療支援事業請求書

年 月 日

佐賀県収支等命令者 様

年 月 日付け 保福第 号の佐賀県不育症治療費助成事業助成承認決定通知を受け、  
佐賀県不育症治療支援事業実施要綱に基づく助成金として、次のとおり請求します。

請求額 金 円

※太枠内のみ記入してください  
※佐賀県不育症治療支援事業申請書の申請者と同じ方を記入してください。

フリガナ							
氏 名							
住 所		〒					
振 込 先	金融機関	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所	
	預金種別	普通・当座		フリガナ			
				口座名義人			
口座番号						(右詰め記入)	

※様式3号において承認した助成額を請求額に記載してください。  
※請求額の欄は訂正できませんので、記載誤りがあった場合は本書の再  
作成をお願いします。請求額以外の項目の記載誤りは訂正印にて訂正し  
てください。  
※振込先口座が確認できる書類(通帳の表紙裏面の写し等)を添付してく  
ださい。

【郵送先】佐賀県 保健福祉事務所母子保健担当  
〒

TEL:

保健福祉事務所印