

佐賀県不妊治療費(先進医療)助成事業請求書

年 月 日

佐賀県収支等命令者 様

年 月 日付け 保福第 号の佐賀県不妊治療費(先進医療)助成事業助成承認決定通知を受け、佐賀県不妊治療費助成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

※佐賀県不妊治療費(先進医療)助成事業申請書の申請者と同じ方を記入してください。

| | | | | | | | |
|-------------|------|----------|--|-------|--|--|-----------|
| ふりがな | | | | | | | |
| 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。

保健福祉事務所印

【郵送先】佐賀県 保健福祉事務所母子保健担当
〒

TEL: