

様式第7号（第8条関係）

都城市長 宛て

都城市一般不妊治療医療費等助成金請求書

都城市一般不妊治療医療費等助成金の交付について、下記のとおり請求いたします。

記

金額 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日

都城市

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※署名を行う場合は、押印は不要です。

【振込先】

金融機関名	銀行・信金 信組・農協
支店名	支店・支所・出張所
預金の種類	普通 当座
口座番号	
(カタカナ) 口座名義人	