

富士見市不妊治療補助金交付請求書

年 月 日

(空欄)

(宛先) 富士見市長

「請求者」は、申請書の「申請者」
「口座名義人」と同じ方でご記入ください

請求者

住 所

富士見市鶴馬3351-2

氏 名

富士見 未来

電話番号

049 (252) 3773

年 月 日付け 第 号で補助金の交付決定を受けた富士見

市不妊治療補助金交付請求書(空欄)は、(空欄)等に関する規則第16条第2
項の規定に基づき、申請書(空欄)と併せて提出しております。

記

1 交付請求額 (空欄) 円

「口座名義人」は、申請書の「申請者」と
請求書の「請求者」と同じ方でご記入ください

2 補助金の振込先

金融機関名	富士見市役所	銀行	金庫	応援センター支店
預金種類		普通預金	・	当座預金
口座番号	012345			
ふりがな	ふじみ みらい			
口座名義	富士見 未来			

備考 通帳の写しなど振込先が分かるものを添付してください。