

稲城市特定不妊治療医療費助成金請求書  
（先進医療不妊治療等医療費分）

稲城市長 殿

請求者 住 所  
氏 名  
電 話

稲城市特定不妊治療医療費助成金交付要綱第 8 条第 2 項または第 12 条第 3 項の  
規定により、下記のとおり助成金の支払を請求します。

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

なお、上記の助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号						支店番号				口座種別
(金融機関名)						(支店名)				
1 銀行	4 信組					1 本店				1 普通
2 信金	5 その他					2 支店				2 当座
3 農協						3 出張所				
口座番号						口座名義				
						フリガナ				
						名義人				

注) ゆうちょ銀行への振込みを御希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の  
店名及び口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。