

令和 年度 一般不妊治療・不育症治療費補助金請求書

年 月 日

横手市長 様

(請求者)

住 所 横手市

氏 名

電話番号 () -

交付決定のあった一般不妊治療・不育症治療費補助金について、次のとおり請求
します。

健 第 号

自己負担額	医療機関自己負担分	①	円
	院外処方自己負担分	②	円
	他の法令等による 助成金や交付金	③	円
請求金額 (30万円を上限とします)	(①+②-③)	¥	-
請求者の 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義		