

富士見市不妊検査・不育症検査補助金交付請求書

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  
不妊検査補助金に（空欄）の交付手続等に関する規則第  
16条第2項の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 交付請求額 （空欄）円

2 補助金の振込先

「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

金融機関名	富士見市役所	銀行 金庫 農協	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。