

様式第5号（第9条関係）

富士見市不妊検査・不育症検査補助金交付請求書

記入しないでください

~~年 月 日~~

(宛先) 富士見市長

忘れずに押印ください

「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** 印

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・不育症検査補助金等に関する規則第  
条に基づき、補助金等の交付手続等を行います。

記入しないでください

記入しないでください

記入しないでください

1 交付請求額

~~円~~

2 補助金の振込先

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

「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

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。