

年 月 日

鹿角市長 様

住所

氏名

印

請 求 書

下記のとおりご請求申し上げます。

| 月日 | 内 訳          | 金額 |
|----|--------------|----|
|    | 鹿角市不育症治療費助成金 | 円  |

|               |         |
|---------------|---------|
| 振込先           |         |
| 金融機関名         | 支店      |
| 口座番号          | (普通・当座) |
| フリガナ<br>口座名義人 |         |