

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
	鹿角市特定不妊治療費助成金	円

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