

様式第3号（第8条関係）

壬生町不育治療費補助金交付請求書

令和 年 月 日

壬生町長 様

住 所 壬生町

氏 名 印

年 月 日付け壬こ母第 号で交付決定のあった 年度壬生町  
不育治療費事業補助金を、下記のとおり交付されるよう壬生町不育治療費補助金交付要綱  
第8条の規定により請求します。

記

補助金交付決定通知額		円
振込先	金融機関名	銀行 支店
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	