様式第３号(第７条関係)

請　　求　　書

金　　額 頭に「￥」を記入してください						￥	5	0	0	0	0

但し、大川市不妊治療応援給付金として

上記の金額を請求します。

年　　月　　日

住所

氏名

電話番号(　　－　　－　　)

(あて先)　大 川 市 長　殿

請　求　印

☑　口座振込を希望します。

金融機関名		銀行		本店 支店
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義 (カナ)				