

# 請求書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所  
氏 名  
電話番号

大磯町不育症治療費助成金として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

振込先

金融機関名・本支店名		預（貯）金種目
		1 普通 2 当座 3 その他（ ）
口座番号	口座名義	
	フリガナ	
		【口座名義は、通帳等を確認して正確に記載してください。】