

令和 年 月 日

久留米市長 様

住所 久留米市

氏名

(口座名義人と同一)

久留米市不育症検査費・治療費助成事業助成金請求書

令和 年 月 日付で交付決定のあった令和 年度久留米市不育症検査費・治療費助成事業助成金につい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	銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫						
	本店・( )支店						
口座種別	普通						
口座番号							左づめで記入してください。
口座名義人	フリガナ ( )						

\*添付書類

口座等情報の写し (預金通帳の裏表紙の写し)