

記入例

様式第6号（第8条関係）

幸田町生殖補助医療・先進医療費助成金請求書

日付は空白に
してください

令和 年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者と同

請求者

住所 幸田町大字菱池字錦田 84 番地

氏 名 幸田 太郎

電話番号 0564-62-8158

このことについて、下記のとおり請求します。
なお、助成金については、指定口座に振り込んでください。

金額は空白のまま
にしてください

記

請 求 金 額	金 円
---------	-----