

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

年 月 日

（宛先）幸田町長

請求者

住 所

氏 名

電話番号

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。

記

請 求 金 額	金 円
---------	-----