

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)

久留米市先進医療不育症検査費用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 年度久留米市先進医療不育症検査費用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）