

請 求 書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

〒
住 所
氏 名 印
電話番号

一般不妊治療費の助成が決定された場合、下記の金額を請求します。

対 象 者		(ふりがな) 氏 名		生年月日			
	夫	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	妻	()		昭和 平成	年	月	日生 (歳)
	連絡先	〒 電話 ()					
	加入医療保険 (夫)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
	加入医療保険 (妻)	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他 () 【保険名称】 () 【保険者番号】 () 【被保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者					
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預金種別	普通	(ふりがな)	()			
		当座	口座名義人 (申請者と同一)				
口座番号							(左詰記入)
請 求 額	金		円				