年　　月　　日

請　　求　　書

（宛先）名古屋市長

住所　　〒

氏名

不育症検査費用の助成について、下記の金額を請求します。

請求額　　円

（振込先）

金融機関コード		店舗コード	
金融機関名	銀行 金庫 組合	店舗名	本店 支店 営業部 出張所
貯金種別	普通　・　当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	(　　)		