

別記様式（第5条関係）

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金請求書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住所  
氏名  
電話

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金を次のとおり請求します。  
記

請求額	金 円					
往復の距離 (km) × 20 円 × 回数 (回) ※往復の距離に 1 km 未満端数がある場合は切り捨てる						
対象者氏名				生年月日		
どこから通院したか	・ 住所地 ・ その他 ( )					
医療機関	所在地： 名 称：					
距 離	km					
通院日	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
	月	日	月	日	月	日
通院回数 ( ) 回						
備 考	通院の状況が確認できる書類を添付すること					

振 込 先	口 座 等	ふりがな 口座名義										
		金融機関名 <small>(ゆうちょ銀行以外)</small>	銀行・信用金庫・信用組合・農協 本店・支店									
			種別	当座・普通	口座番号							
		ゆうちょ銀行	通帳記号									
備 考												