

(別記様式第6号)

請 求 書

年 月 日

長井市長

様

債権者

住 所 〒993-

長井市

氏 名

印

電話番号

長井市不妊治療費助成金として下記の金額を請求します。

金額 _____ 円

口座振替払依頼 振替先金融機関名及び口座番号	
銀行	支店
信用金庫	支店
労働金庫	支店
信用組合	出張所
口座番号	普通
	当座
口座名義	