

様式第4号（第7条関係）

助 成 金 請 求 書

助成指令日以降の請求となるため  
提出時は空欄でご持参ください

年 月 日

（宛先）

鳴門市長

申請書と同じ印を押印

\*シャチハタ不可

鳴門市不妊治療費助成事業申請書の  
申請者と同じ氏名とする

住所

氏名

印

請求金額

円 ← 金額、摘要欄は担当者が記入するため空欄

摘 要	
助成事業名	鳴門市不妊治療費助成事業
助成指令金額	金 円
助成指令年月日	年 月 日
助成指令番号	

口座振込先

金融機関名（ ） 店舗名（ ）

預金種別 （1 普通 2 当座 3 その他）

口座番号 

--	--	--	--	--	--	--

 （右づめ）

カタカナ  
口座名義（ ）

※口座名義人は、上記請求者及び鳴門市不妊治療費助成事業申請書の  
申請者と同じ氏名とする

（申請者・請求者と口座名義人が異なる場合は委任状を記入）