

飯山市こうのとり支援事業補助金請求書

年 月 日

飯山市長 あて

住所

氏名

印

年 月 日付で支給の決定があった、飯山市こうのとり支援事業補助金（生殖医療・不育症治療）を下記のとおり交付してください。

記

1 交付決定額 円

2 請求額 円

3 振込先口座

金融機関名		支店・支所名	
口座種別	当座 ・ 普通	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		