

不育症検査治療費助成金請求書

(宛先)  
岩国市長 様

請求者 住 所  
氏 名  
連絡先

不育症検査治療費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

☐ 請求者の本人確認をしました。

受付担当者： \_\_\_\_\_