

様式第 5 号 (第 4 条関係)

一般不妊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

一般不妊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 : _____