

年 月 日

日の出町長殿

請求者住所

氏名

印

日の出町特定不妊治療費（先進医療）助成金請求書

日の出町特定不妊治療費（先進医療）助成金交付要綱第 7 条の規定により、決定のあった日の出町特定不妊治療費（先進医療）助成金を下記のとおり請求します。

金

円