

# 料金等支払証明願

年 月 日

吉富町長 殿

住所

氏名 \_\_\_\_\_

吉富町特定不妊治療費助成金交付申請の添付書類として提出するため、下記について証明願います。

記

科 目	滞納の有無	備 考
保 育 料	有 ・ 無	

上記のとおり、相違ないことを証明します。

年 月 日

印