

医療費請求書（就学援助）

金額

--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

要保護・準要保護に認定された児童・生徒の就学援助（医療費）として
上記の金額を、下記の預金口座へ振り込みいただきますよう、請求します。

久留米市長様

（請求者） 〒

住 所

医療機関名

代表者氏名

電話番号

振込先口座			
銀行名		支店名	
預金種別		口座番号 (右詰め)	
フリガナ			
口座名義			

※「請求者」と振込先の「口座名義」が異なる場合は、「委任状」が必要です。
必要な場合は、ホームページよりダウンロードしてください。

※振込先口座は正確に記載ください。正しく記載されていない場合、振込ができません。

※この請求書は、日本産業規格A4縦型とすること。