

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。