請　　求　　書

請求金額	¥	千	百	十	円

上記の金額を請求します。　　令和　　年　　月　　日

（請求先）
久留米市長

〒

住　所
久留米市

フリガナ
氏　名　　㊞

TEL　（　　）　　－

件　名	特定健康診査に相当する他の健康診査（人間ドック等）受診料の助成

支払方法　　次のいずれかに〇をつけてください。

1：口座　　2：現金

＊口座振替を希望される場合は、下記の事項を記入してください。

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協　　支店 支所
預金種別	1：普通　　2：当座　　3：貯蓄
口座番号	（右づめで記入。）
フリガナ 口座名義 （通帳のとおりフリガナも記入してください。）	**漢字でご記入ください。**

（注）1　会社その他の法人については、法人名および代表者名を記入してください。

2　口座名義の記入例　カ）クルメカ゛ッキ

3　現金払いについては、出納室よりはがきでご案内します。