

請 求 書

金 額

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

(金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。)

件 名

自立支援教育訓練給付金

希望する支払方法に☑を記入してください。

- ☐ 口座振込を希望します。
口座振込を希望される方は、以下の太枠内をご記入ください。
(本市に 2 つ以上口座を登録されている方等は、以下に振込を希望する口座をご記入ください。)

金融機関名	銀行										本店 支店					
預 金 種 別	普通						口 座 番 号									
口 座 名 義 (カ ナ)																

(記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず
預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。)

- ☐ 既に登録済みの口座への振込を希望します。
- ☐ 公金受取口座を希望します。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

(あて先) 福岡市長

(福岡市)

- (注) 1 **金額と口座番号は、右づめ**で記入してください。
 なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。
- 2 請求書の**日付、金額は、訂正できません。**
- 3 黒ボールペンを使用してください。(鉛筆や消せるペンは使用できません)

