

様式 1

令和 年 月 日

石川県高等学校安全互助会長 殿

学 校 名

学 校 長

印

医 療 見 舞 金 支 払 請 求 書

下記の生徒の医療見舞金について、別紙医療費支払通知書（写）
のとおりでありますので、支払いを請求します。

記

学 年	被災生徒 氏 名	保 護 者 氏 名	学 年	被災生徒 氏 名	保 護 者 氏 名

見舞金振込先銀行（学校口座）

銀 行 名

銀行

支店

口 座 番 号

普

受取人名義