

須賀川市高齢者生活応援商品券換金請求書

令和 年 月 日

須賀川市長 様

使用済商品券の換金をしたいので、須賀川市高齢者生活応援商品券取扱加盟店規約第2条及び取扱規定により請求します。

事業所名			
所在地	〒 須賀川市	TEL	FAX
代表者名 (発行責任者)			
発行担当者	TEL FAX		
使用済商品券枚数 及び金額	1,000円券 × _____ 枚 = ¥ _____		
商品券使用月	令和 8 年 月 使用分		

※ 「代表者名（発行責任者）」の記載欄は、有限会社及び株式会社の場合は代表取締役等の氏名を、その他支店などの場合は店長等の氏名を記載願います。

※ 「発行担当者」の記載欄は、当該事務を直接担当する方の氏名を記載願います。

<振込口座>

今年度の初回の商品券換金請求の場合に記入してください。

2回目以降は、振込口座を変更する場合のみ記入してください。

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金					
			2 当座預金					
	フリガナ							
	口座名義人							

注意事項

- ・ ゆうちょ銀行を指定する場合は、貯金通帳見開きのコピーの添付をお願いします。

添付書類

- ・ 使用済商品券（裏面に取扱加盟店名を記入したもの）