

記載例

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	須賀川太郎販売店 (株)	事務所名等はゴム印でも結構です。
所在地	〒 962-0052 須賀川市 八幡町 135 番	TEL 0248-88-8116 FAX 0248-88-8119
代表者名 (発行責任者)	代表取締役 須賀川 太郎	
発行責任者	須賀川 花子	TEL 0248-88-8116 FAX 0248-88-8119
使用済商品券枚数 及び金額	1,000 円券 × 100 枚 = ￥ 100,000	
商品券使用月	令和 8 年 10 月 使用分	商品券を使用した月を記載願います。

※ 「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 >

ご留意願います。

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 須賀川 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	1	2	3	4	5	6	7
	0 0 0 1	0 0 2	2 当座預金							
	フリガナ	スカガワタロウハンバイテン (カ)								
	口座名義人	須賀川太郎販売店 (株)								

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)