福咲スマイル商品券取扱店換金請求書

令和　　年　　月　　日

福崎町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （店舗名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　次のとおり、福咲スマイル商品券の換金を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請　求　額 | 円 | |  |
| 請求額の計算 | ①商品券の枚数  枚 | ②額面金額  １，０００円 | ③請求額（①×②）  円 |

（注意事項）

必ず使用済み商品券を添付してください。（裏面には取扱店の店名及び印鑑を押してください。）

|  |
| --- |
|  |

換金受付（役場使用欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付印 | 受付者印 | 確認者印  （担当者） |
|  |  |  |