

福咲スマイル商品券（第2弾）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 印

次のとおり、福咲スマイル商品券（第2弾）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, 0 0 0 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)