

<記入例>

(様式4)

請 求 書

施設体験終了者の人数
(記入例は2名の体験
者の場合 静岡福子さ
んが3日、福祉太郎さ
んが4日) 合計7日

金 31,500 円也

但し、2019年度福祉の職場体験事業謝金として
@4,500円×合計 7日

体験者氏名 (体験日数)

① 静岡 福子 (3日)	② 福祉 太郎 (4日)
③ (日)	④ (日)
⑤ (日)	⑥ (日)

※法人・会社名が同じ場合でも、体験を終了した施設ごとに請求書の御提出をお願いいたします。

年 ○月○○日

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
会 長 神 原 啓 文 様

記入した年月日

法人又は事業所印 (※個人印は不可)

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所^二重線を引
き、請求書に捺印したものと^同じ印鑑を押印してくだ
さい。修正テープ・修正液・砂消しゴム等の使用は御
遠慮ください。なお、金額の訂正は認められません。
金額をお間違えになった場合は、新しい様式に再度御
記入ください。

所 在 地
名 称 (法人又施設又会社名)
代 表 者 名
(体験施設名)

印
)

振込先

金融機関 番 号	○ ○ ○ 2	本店・支店 番 号	○ ○ 8
金融機関名	福祉銀行	本 店	本店 (○で囲んでください)
		支 店 名	○○ 支店
預金種類	普通預金		
預金番号	○○○○294		
(フリガナ) 名 義	シャカイフクシハウジン ○○カイ 社会福祉法人 ○○会		