

<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、令和5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。

〇年 〇月〇〇日

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
会 長 神 原 啓 文 様

体験最終日以降の年月日を入

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引
き、請求書に捺印したものと同一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。

法人又は事業所印 (※個人印は不可)

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

金融機関名	福祉 銀行	本 店	本店 (〇で囲んでください)
		支 店 名	〇 〇 支店
預 金 種 類	普 通 預 金		
預 金 番 号	〇 〇 〇 〇 2 9 4		
(フリガナ) 名 義	シャカイフクシハウジン 〇〇カイ 社会福祉法人 〇〇会		