

請 求 書

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

金 額		十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、令和3年度高齢者の生きがいと健康づくり事業費
内訳 (令和3年度全国健康福祉祭選抜支援事業)助成金として

上記の金額を請求します

令和 年 月 日

公益財団法人 かがわ健康福祉機構
理事長 川田 浩 司 殿

住 所

債権者

(フリガナ) 法人にあつては、その
名称及び代表者の職
氏名

⑩

支払の方法	口座振替払 <input type="checkbox"/>	銀行 店							現金払 <input type="checkbox"/>	隔地払 県外送金 <input type="checkbox"/>	小切手払 <input type="checkbox"/>
		預金種目	当座 <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	口座番号						
		(フリガナ) 口座名義									

お
ね
が
い

- 1 希望する支払の方法の□の箇所にレ印を付してください。
- 2 口座振替払は、預金口座のある金融機関の店舗名、口座番号及び口座名義を記載してください。なお、預金種目欄にあつては、該当する預金種目の□箇所にレ印を付してください。
- 3 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載してください。
- 4 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付してください。
- 5 印影届は、現金払いの場合に請求印と同じ印(代理受領者にあつては、代理受領者の印)を押してください。
- 6 請求金額の内訳書は、請求印をもって本書と割印の上、添付してください。

印 影 届