

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)