

<記入例>

(様式4)

請 求 書

金 27,000 円也(税込)

施設体験を実施した合計日数

(記入例は2名の体験者の場合、福祉太郎さんが3日間、福祉花子さんが3日間) 合計6日間

(消費税10% 2,454円)

但し、令和7年度福祉の職場体験事業謝金として

@4,500円(税込)×合計 6 日

体験者氏名及び体験日程

① 福祉 太郎	令和7年9月3日～令和7年9月5日分 (計3日)
② 福祉 花子	令和7年9月3日、10日、17日 (計3日)
③	

※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。

令和〇年 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記入

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き、法人又は事業所の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 (法人又は施設又は会社名)

代 表 者 名

(体験施設名

)

T発行責任者等の記載があれば、押印省略可

<適格請求書発行事業者登録番号>

※どちらかに○をつけ、登録ありの場合は番号を御記入ください。

・登録あり T

・登録なし

発行責任者	職名・氏名	施設長 〇〇 〇〇
担当者	所属・氏名	総務部 〇〇 〇〇
	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

<振込先>

金融機関名	福祉 銀行	本 店	本店 (○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	〇〇〇〇294
(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		