第２号様式（第6条関係）

**多気町福祉ボランティアポイント商品券取扱店換金請求書**

年　　月　　日

多気町長　あて

住　　所

取扱店　事業所名

代表者

　　　　　　 　電話番号

多気町福祉ボランティアポイント商品券発行事業実施要領第６条の規定に基づき、次のとおり請求します。

記

１．　期間　　　　　　　　 　　年　　　月分

２．　商品券枚数　　　　　１００円（黄色）　　　　　　枚

　　　　　　　　　　　　　５００円（黄色）　　　　　　枚

３．　請求金額　　　　　　　　 　　　　　　　　　　円