

太子町生活応援商品券換金請求書

令和 年 月 日

太子町長 様

住 所

事業所名又は

店舗名

氏名又は

法人名・代表者職氏名

電話番号

請求額 金 円

太子町生活応援商品券の換金として、上記金額を請求します。

(太子町生活応援商品券 枚)

発行責任者	氏名：	(連絡先：
担当者	氏名：	(連絡先：

- 使用済み商品券裏面の取扱店印欄に貴店名が記入されていることを確認の上、ご提出ください。
- 取扱店登録申請時に記載いただいた口座へお振込みいたします。口座名義人と換金申請者名は同一としてください。