

令和 年 月 日

阿波市がんばる事業者応援する券換金請求書

金額	百万	+	万	千	百	+	十	円
----	----	---	---	---	---	---	---	---

上記の金額を請求します。

上記の請求金額を次の口座に振り込み願います。

銀行 信金 金庫 農協	本店 支店 本所 支所	普通預金 当座預金	口座番号 (右づめ)				
フリガナ							
口座名義							

住所

事業者名

店舗名

(代表者氏名)

電話

券面金額 ①	使用済枚数 ②	換金額 ①×②
500円	枚	円

発行責任者及び担当者

発行責任者： (連絡先 - -)

担当者： (連絡先 - -)

※換金期限 令和5年3月10日(金)

※換金期限を過ぎた場合は、換金に応じることができませんのでご注意ください。

(市役所記入欄)

受付印	登録番号	支払予定日
		月 日