（参考様式４）

**益城町介護予防活動支援講師派遣事業講師謝礼請求書**

令和　　年　　月　　日

益城町長　様

請求者住所 団体名または事業所名

講師または代表者氏名

介護予防活動支援講師派遣事業講師謝礼について、下記のとおり請求します。

記

令和　　　　年　　　　月　講師派遣分

　　　　　　　　請求金額 　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内　　訳 | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 派遣回数 | | | | 単価 | | | | | 合計 | | | | | | |
| 回 | | | | ×６，２００円 | | | | | 円 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| 振込口座 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 支店名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | □普通　　　　　　　□当座 | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義住所 | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 所得税の取扱 | | | | □個人としての受領　　　　　　□法人・団体としての受領 | | | | | | | | | | | |

※２回目以降の請求において、変更がなければ記載不要