

(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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義	(フリガナ)
口座名義住所	〒
所得税の取扱	<input type="checkbox"/> 個人としての受領 <input type="checkbox"/> 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