第６号様式（第17条関係）

**網走市健康ポイント事業**

**健康応援商品券請求書**

令和　　　年　　　　月　　　　日

網　走　市　長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　担当者/電話番号 担当:　　　　　　　　/

　　　　　　　　　　　　　　　※担当者名はフルネームでご記入ください。

　　網走市健康応援商品券の利用について、下記のとおり請求します。

記

１．請求金額

| 請求金額 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　　※　上記の金額には、消費税及び地方消費税は含まれる。

２．請求内訳　　合計枚数　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚×500円

３．振込口座

| 金融機関名 |  | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座種別 |  | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |
|