

請 求 書	
(金額訂正不可)	
金	
円	
ただし 施設通所交通費補助として	
上記の金額を請求します。	
二 宮 町 長 様	
令和 年 月 日	
住 所	
法人(団体)名	
フリガナ 氏名(代表者)	

領 収 書 兼 振 込 依 頼 書																					
(金額訂正不可)																					
金																					
円																					
上記の金額を { 1. 領収しました。 2. 振込して下さい。																					
二宮町会計管理者 様																					
令和 年 月 日																					
住 所																					
法人(団体)名																					
氏名(代表者)																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">源泉徴収</td> <td style="width: 10%;">有</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">(無)</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>税率</td> <td></td> <td>%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>税額</td> <td></td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td></td> </tr> </table>	源泉徴収	有	(無)		税率		%		税額		円				円				円	
源泉徴収	有	(無)																			
税率		%																			
税額		円																			
		円																			
		円																			
収入印紙																					
振 込 先																					
口座番号	(普 ・ 当)																				
フリガナ 口座名義人																					

※債権者登録されている方は記入不要です。

請 求 額 明 細	
内 容	金 額
施設通所交通費補助として	円
	円
	円
	円
	円
	円
	円
合 計	0 円

確 認 欄	
本件責任者連絡先	役職・氏名(個人の場合は記入不要)
電話番号(必須)※	
※日中連絡可能な電話番号かファクス番号、メールアドレスをご記入ください。	
メールアドレス	
町担当者 所属・氏名	福祉保険 課
電話番号	0463-75-9289
メールアドレス	fukushi@town.ninomiya.kanagawa.jp