

# 商品券換金請求書

令和 年 月 日

飯豊町長 嵐 正 人 様  
(担当部署：健康福祉課)

(請求者)

住 所 又 は  
所 在 地

事業者名及び  
代 表 者 名

㊞

電 話 番 号

特定取引において飯豊町高齢者元気生活応援商品券を取り扱いましたので、  
使用済み商品券を添えて換金を請求します。

請求金額	円
------	---

( 換金枚数 : 商品券 1,000 円 × \_\_\_\_\_ 枚 )

## 【換金請求に関する留意事項】

- 使用済みの商品券は、裏面に「取扱事業者名」をご記入ください。(ストアスタンプの押印も可能です)
- 商品券取扱事業者は、本換金請求書に使用済みの商品券を添えて、健康福祉課へご提出ください。
- 換金請求額は、事前に登録申請書にご記入いただいた指定口座に振り込みます。
- 換金請求の最終受付日は、令和8年12月18日(金)です。期限を過ぎますと換金ができなくなりますのでご注意ください。