様式１４　　施設等　⇒　県社協

令和　　　年　　月　　　日

介護等の体験費用請求書

山口県社会福祉協議会事務局長　様

施設名（法人名）

施設長名（代表者名）

公

印

施設住所　　　〒　　　－

担当者名

TEL

本施設において介護等の体験受入が終了しましたので、その費用を請求します。

１　総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生総数 | 人 | 延べ体験日数 | 日 |
| 請求金額 | 円（＠1,100円 ×延べ体験日数） | | |

２　振込口座　 　　（☑をご記入ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 体験費用  振込口座 | □銀行　　　　　　　　　　　□　支店  □信用金庫　　　　　　　　　□　支所  □組合　　　　　　　　　　　□出張所  （□普通　□当座　□別段）口座番号  フリガナ  名　　義 |
| 備考 |  |