様式１６　大学等　⇒　県社協

令和　　年　　月　　日

介護等の体験費用返還請求書

山口県社会福祉協議会事務局長　様

大学名

学長名

公印

登録番号：　T

担当者名

TEL

本校において介護等の体験を辞退いたしましたので、事前にお支払いしていた体験費用の返金を請求します。

１　総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生総数 | 人 | 体験の残日数 | 　　　　　　　　日 |
| 学生氏名 |  | 体験予定日 | 　月　　日　～　　月　　日 |
| 請求金額 | 円（＠1,100円 ×体験の残日数　　　日） |
| 内 消費税 | 　　　　　　　　　　　円 |

※山口銀行以外の口座に振り込む場合は、請求金額から手数料を差し引いて振り込みます。

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※振込口座は、大学等の名義のものに限ります（個人口座不可）。