様式１４　受入施設　⇒　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）

公

印

施設長名（代表者名）

登録番号(※)：　T

施設住所　　〒　　　　－

担当者名

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 |
| 体験最終日 | 年　　月　　日 |
| 請求金額 | 円（＠1,100円 ×延べ体験日数） | | |
| 内 消費税（10％） | 円 | | |

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 |  |

（※）登録番号とは、インボイス制度における適格請求書発行事業者登録の番号のことです。