

令和 年 月 日

請 求 書

金 額 円

ただし、ファミリーパック施設利用補助券 300 × 枚

利用券を添えて上記の金額を請求します。

公益財団法人 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

印

振込先	
口座の種類	
口座番号	
口座名義	