

(別紙1)

喜多方市熱塩加納保健福祉センター夢の森 未使用回数券払戻請求書

令和 年 月 日

喜多方市長 様

請求者 住 所：

氏 名： ⑩

連絡先： ()

喜多方市熱塩加納保健福祉センター夢の森の未使用回数券について、下記により払い戻しを請求します。

記

請求額 (※(A)の金額を記入)		円									
請求内訳・振込先											
未使用回数券枚数		大人	枚	=	円 (a)						
		小人	枚	=	円 (b)						
		合 計 ((a) + (b))			円 (A)						
支払方法 (希望する方法に○)		・口座振込・・・①欄を記入 ・現金受取・・・②欄を記入									
① 振 込 先	振込先 金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協 労働金庫								支店 支所	
	預金種別	普通	・	当座	口座番号 (右詰めで記入)						
	フリガナ										
	口座名義人										
② 現金受取 (領収確認欄)		上記の請求額を領収しました。 令和8年 月 日 氏 名								領収印	
本人確認欄 (※市記入欄)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書等 <input type="checkbox"/> その他 ()										

※請求金額は、「夢の森保養施設未使用回数券払い戻し計算表」を参照し記入すること。

※請求者と振込先口座名義人は同一人とする。

※郵送による請求の場合は、本人確認できるもの(本人確認欄に記載のもの)及び口座情報のわかるもの(通帳の表紙の裏側・キャッシュカード等写し)を添付すること。

(裏面もご確認ください)

未使用回数券 貼り付け箇所

全て添付できない場合は、別の用紙に貼り付けて提出ください。

振込先金融機関口座確認書類

振込希望口座の金融機関名・口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写しを添付してください。