請　　　求　　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理日付印 | | 桜川市病院事業　桜川市長　様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 請  求  者 | 住所（　　　　－　　　）  ＴＥＬ | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名（法人名及び代表者名） | | | | | | | | | | | | | |
| 請求年月日  令和 年　　月　　日 | |
| 右の金額を    請求します。 | | 請求  金額 | 百  ￥ | 十 | 億 | 千 | 百 | | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 工事番号及び  工事名  （委託業務・物品名） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工事場所  （履行・物品納入場所） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請負代金額  （税込） | 円 | | | | | | | | | 検査年月日  令和 　年　　月　　日 | | | | | | |
| 内消費税額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適格請求書発行事業者登録番号　Ｔ  ※消費税率は10％です。  振込先口座  　　 金融機関名 　銀行　　　　支店  預金種目（１普通　　２当座　　３その他（　　　　　））  口座番号  　フリガナ  口座名義  発行責任者及び担当者  発行責任者　氏名  　　　　　　役職名  　　　　　　電話  担当者　　　氏名  　　　　　　役職名  　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | | |