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 |