

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												
請求年月日	氏名（法人名及び代表者名）													
	右の金額を		請求	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
	令和 年 月 日 請求します。		金額	¥										
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														