

債権者番号

請 求 書

年 月 日

所属長検印

(あて先) 川口市病院事業管理者

債権者

住 所

氏 名

印

年度

金 額

円

金額の先頭に¥マークをご記入ください

上 記 金 額 を 請 求 し ます。

摘 要	件数	単価	金 額 (円)	備 考
小	計			
消	費	税		
合	計			

勘定科目	款	項	目	節	実施日

太字・太枠欄を記入してください