債権者登録番号

債権債務者登録用

請　求　書（兼　納　品　書）

年　　月　　日

納入場所　□ 医療センター　□ 安行診療所

（あて先） 川口市病院事業管理者

住所

債権者

氏名

検査職員　予算執行課・所長
上記以外＿＿＿＿＿＿
○ 検査結果　□合格
支出命令権者
○ 執行内容　□適正

適格請求書発行事業者登録番号　T □ － □□□□ － □□□□ － □□□□

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。 債権債務者登録した口座へ振替してください。

種別及び名称	数量	単価	金　額	検収月日	備　考

○ 軽減税率対象のものは、その欄に「※」の記入をお願いします。

	金　額	消費税額	備　考
8%対象計			
10%対象計			
合計			

勘定科目	款	項	目	節	実施日