

請求書

請求番号

年 月 日

小川地区衛生組合管理者 あて

住 所

下記金額を請求します。

氏 名

印

(法人名または団体名および代表者職・氏名)

※ 法人の請求印は、社印と代表者印を押してください。

債権者コード

担当（納入場所）

登録番号

月 日 〔納品日・ 役務の提供日等〕	名 称	数 量	単 価	金 額
合計金額（税込）		円	うち消費税等	円
※ 8%対象（税込）		円	うち消費税等	円
10%対象（税込）		円	うち消費税等	円

※ 軽減税率対象

下記口座への振込を希望します。

金 融 機 関 名	預金種別	口座番号
信用金庫、信用組合	本店 普通	
銀行、農業協同組合	支店 当座	
	所、部 その他	

フリガナ	
口座名義	

小川地区衛生組合使用欄

款 項 目	事 業	節 細 節	説 明

検査 (確認) 済	年 月 日
	印