

記入例

(*)支出負担行為書No.

(*)支出伝票No.

令和 5 年 10 月 31 日

請求書

伊丹市病院事業管理者 様

請求金額合計 (消費税込み)

¥1,660,720

請求明細書添付枚数

1 枚

内訳

税率等	税込金額	うち消費税額
10%対象	¥1,654,400	¥150,400
8%対象	¥4,320	¥320
非課税又は 不課税対象	¥2,000	

上記のとおり請求します。また、上記請求代金は下記の預金口座に振り込んで下さい。

口座振込先	1. 下記	2. 債権者登録済		
金融機関	〇〇	銀行・金庫 農協・組合	金融機関 コード	0000
	〇〇	支店・支所 出張所	支店 コード	000
預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	1234567	
名義人	フリガナ 名称	シリツイタミビョウイン 市立伊丹病院		

「2. 債権者登録済」の場合は、金融機関等の記入は不要です。

請求者

債権者コード	999999	債権者コードが不明な場合は記入不要です。	
住所	伊丹市昆陽池1丁目100番地		
商号又は名称	市立伊丹病院	社印	代表者印
代表者職・氏名	伊丹市病院事業管理者 中田精三	(印)	
登録番号	T 1234567890123		

注意 金額はアラビア数字で記入し、請求金額合計の頭に¥字を記入して下さい。
請求金額合計は訂正できません。その他の内容を訂正する場合は訂正印を押して下さい。
債権者コードが不明な場合は空欄として下さい。
社印及び代表者印を押印して下さい。
(*)欄は記入不要です。

市立伊丹病院 (20241001)

記入例

(*)支出負担行為書No.
(*)支出伝票No.

請求明細書

伊丹市病院事業管理者 様

日付	摘要 (品名等)	単価 (税込)	数量	金額 (税込・円)	部門	備考
R5.10.5	フラットファイル	220	20	4,400	OP室	
R5.10.5	バッテリー	55,000	30	1,650,000	検査室	
R5.10.12	ストーマパウチ (非課税)	2,000	1	2,000	病棟	
R5.10.31	リンゴジュース200ml ※	108	40	4,320	栄養管理	

※ 印は軽減税率対象品目

請求者

住所	伊丹市昆陽池1丁目100番地
商号又は名称	市立伊丹病院
代表者職・氏名	伊丹市病院事業管理者 中田精三

注意 金額はアラビア数字で記入して下さい。
内容を訂正する場合は訂正印を押して下さい。
軽減税率(8%)対象品目には、「※」を記入して下さい。
非課税対象がある場合は、「摘要(品名)等」欄に明記して下さい。
(*)欄は記入不要です。