

(*)支出負担行為書No.

(*)支出伝票No.

年 月 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）

請求明細書添付枚数

枚

内訳

税率等	税込金額	うち消費税額
10%対象		
8%対象		
非課税又は 不課税対象		

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	銀行・金庫 農協・組合	金融機関 コード	
	支店・支所 出張所	支店 コード	
預金種別	普通預金・当座預金	口座番号	
名 義 人	フリガナ 名称		

請求者

債権者コード	
住所	
商号又は名称	
代表者職・氏名	(印)
登録番号	T

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。

