

請 求 書

金額	百億	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
							¥	6	6	0	0

種別及び名称	数量	単価(円)	小計(円)	備考
要介護認定調査委託料	2	¥3,000	¥6,000	新座 花子様分
				埼玉 太郎様分
消費税	2	¥300	¥600	
合 計			¥6,600	

上記の金額を請求します。  
 令和 ○年 4月 1日  
 新 座 市 長 宛  
 ( 介護保険課 )

債権者コード番号      住所 〒352-8623 新座市野火止 1 - 1 - 1

--	--	--	--

氏名 新座市役所病院 院長 新座 太郎  
(法人にあっては、法人名及び代表者氏名)

口 座 振 替 依 頼 書

上記の請求金額を下記預金口座に振込みくださるよう依頼します。  
 新座市会計管理者 宛

振込先 (銀行コード)  新座	フリガナ	ニイザシヤクシヨビョウイン インチョウ ニイザタロウ									
	名 義	新座市役所病院 院長 新座 太郎									
(支店コード) 野火止 支店	口座番号	① 普通	1	2	3	4	5	6	7		
		2. 当座									

(注) 請求金額を訂正・改ざんしたものは無効です。