

請求書

口座振替払用

山形市立病院済生館事業会計

右の金額を請求します。

|    |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 金額 |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|

令和 年 月 日  
山形市病院事業管理者 御中

住 所

氏 名 印

電話番号 ( )

|      |   |
|------|---|
| 登録番号 | T |
|------|---|

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| 振込先      |                          |
| 金融機関名    | 銀行<br>金庫<br>組合           |
|          | 店                        |
| 預金種類     | 1. 普通    2. 当座    9. その他 |
| 口座番号     |                          |
| 口座名義（カナ） |                          |

備考欄に※は軽減税率対象

| 取引日 | 名称または品名 | 数量 | 単価 | 金額 | 備考 |
|-----|---------|----|----|----|----|
|     |         |    | 円  | 円  |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |
|     |         |    |    |    |    |

※請求印を省略する場合には以下に記入して下さい  
代表者と責任者が同一の場合は「同上」とすること

本件責任者

部署・職氏名

担当者

部署・職氏名

連絡先

|           |      |   |  |
|-----------|------|---|--|
| 税率<br>8%  | 税抜合計 | 円 |  |
|           | 税込合計 | 円 |  |
|           | 消費税額 | 円 |  |
| 税率<br>10% | 税抜合計 | 円 |  |
|           | 税込合計 | 円 |  |
|           | 消費税額 | 円 |  |

摘要

振込口座に変更があった場合などは、その旨を摘要欄にご記入いただくか、別途文書等でお知らせください  
また、適格請求書発行事業者の登録状況に変更があった場合も、同様にお知らせください