年　　月　　日

西宮市病院事業
管　理　者　様

請　求　書

￥

内訳: 課税本体価格　　円

消費税及び地方消費税の額　　円
上記消費税の率（　　8%　・　10%　　）

非課税価格　　円

但し、　　別紙請求明細書のとおり

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込んで下さい。
なお、この口座振替をもって支払の効力を生ずることについて異議ありません。

振込先指定	指定銀行名　　銀行　　支店 フリガナ 口座名義名	預金種別 口座番号

請求者　　住所

社名（氏名）　　(印)

代表者職氏名　　(印)

（インボイス登録番号:T　　）

請　求　明　細　書

西宮市病院事業
管　理　者　様

納入者

納品日	納品場所	品　　名　（形質等）	数　量	単　価	金　　額

年　　月　　日納品

検　収　・　納　品　書

西宮市病院事業
管　理　者　様

納入者

（印）

検収印	納品場所	品　　名　（形質等）	数　量	単　価	金　額