

西宮市病院事業
管 理 者 様

年 月 日
納品翌月、業務完了翌月の
10日頃までご請求ください。

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、
明細書を添付しない場合は
納品日、品名、軽減税率対象の有無を
必ず記載してください。

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	預金種別
	フリガナ	定期的に取引があり、 振込先に変更がない場合は 記載がなくても構いません。		口座番号
	口座名義名			

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)

代表者印は必ず押印してください。
押印できない場合は理由をご説明ください。

