

(支払方法 (1) 口座振替払…MT 2 直接払 3 口座振替払…MT外)
 (支払予定日) (審査決裁区分 会 ・ 室 ・ 係)

注意
金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。
大線のわく内は請求者が記入してください。

課名	保健予防課		平成	年度	支出(還付)命令番号	第	号
1 契約課係長 2 代	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	(1) 歳	出	会計	01	
	月 日	月 日	2 歳	入 還 付			
			3 歳	計 外 現 金	款	04	
No.			4 基	金	契約番号	第	号

請求書

金額		拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

件名 風しん抗体検査委託料 (月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願います。 (希望の番号を○囲みする)

(1) 口座振替払 (下記口座のとおり) 2 現金払

平成 年 月 日

住 所
氏名・印

(債権者番号) (電話)

鹿 児 島 市 長 森 博 幸 殿

[口座振込先]

金融機関名	種別	口座番号	請求番号	口座名義
銀行 (金庫)	普通 当座			フリガナ
店	別 貯蓄			

内 訳 ((1) 次のとおり 2 別紙のとおり)

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
風しん抗体検査委託料 (EIA法)		件	円 6,600	円	
風しん抗体検査委託料 (HI法)		件	5,090		
計					