

(見積書 有・**無**)

(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  
一一  
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。

課名	感染症対策課		令和	年度	支出(還付) 命令番号	第	号
1 契約課係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	① 歳入 ② 歳計 ③ 歳外 ④ 歳基	出 還 現 金	会 計	01	
	月 日	月 日			款	04	
No.					契約番号	第 号	

### 請求書

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

件名 **結核患者等検診委託料 ( 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

年 月 日

住 所

氏名・印

登録番号

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名

電話

)

鹿 児 島 市 長    下 鶴 隆 央 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 座			フリガナ
店	別 段 貯			

内 訳 ( **①** 次のとおり    2 別紙のとおり )

軽減税率対象品目は品名等の右端に「※」をご記入ください

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
検診委託料一式	—	—	— 円	円	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	円	
消費税及び地方消費税額					
税込額合計(小計額)			円		
総合計(請求金額)					