# 請　求　書

請求日　令和　　年　　月　　日

花巻市長　様

〒

住所

氏名

下記金額を請求いたします。

請求書番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話　（　　）　　－

| 納品（完了）日 | | | 品名・件名 | | 数量 | 単位 | 単価 | 金額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | 単価契約番号 | 新型コロナウイルス感染症ワクチン接種費用等 | | | | 円 |
| | | | | （　　月請求分） | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 登録口座 | | | |
|---|---|---|---|
| | 名義 | | |
| | 銀行　　支店 | | |
| | 普通・当座 | 番号 | |

| 合計金額 | |
|---|---|

※　登録口座に振込まれます。登録口座以外に振込を希望される場合は、債権者登録申請書を提出願います。

# 請　求　内　訳　書

No.＿＿＿＿＿＿

| 納品（完了）日 | | | 品名・件名 | | 数量 | 単位 | 単価 | 金額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | 日 | 単価契約番号 | | | | | 円 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |