

第12-3号様式

※記入上の注意(太枠内を正確に記入してください)

①請求金額は算用数字を用い、金額の頭部に¥を付けてください。

②請求日は必ず記入してください。

越谷市立病院用

主管課名	主管課受理日	年 月 日
------	--------	-------

返 還 請 求 書(税込単価用)

請求日 年 月 日

住 所 〒

越谷市立病院
越谷市長宛
(適格請求書発行業者登録番号)

法人名
(団体名)
氏 名
(職名・氏名)

T																				
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※代金の受領を委任する場合は、上記氏名欄に押印が必要です。
振込先口座の記入は不要です。

電話番号 (- -)

越谷市立病院 債権者登録番号																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※債権者登録済みの方は、債権者登録番号を記入してください。
振込先口座の記入は不要です。

請求金額																				
(訂正できません)																				

請 求 内 容	品 名 ・ 件 名	数 量	単価(円)	税込額(円)	消費税	納品月日	
							月 日
							月 日
							月 日
							月 日
							月 日
							月 日
							月 日

履行(納品)場所	消費税区分	税込額計(円)	消費税額計(円)
※消費税の欄には、次のいずれかの事項を記入してください。 (1) 標準税率のときは内課税、軽減税率のときは内軽減 (2) 非課税のときは非課税、不課税のときは不課税 (3) 経過措置に該当するときは、内経過	10%対象計		
	8%対象計		
	非(不)課税対象計		

受取方法
※債権者登録をしていない方は、受取方法の1・2のいずれかに○をつけ、必要事項を記入してください。

【 1 口座振込 】
この請求の代金の受領については、下記(の者)に指定(委任)します。
(振込先)

銀行	本店	1 普通	2 当座	3 ()
金庫	支店	No.		
農協	出張所			

口座力ナ名義 _____
受任者(委任する場合のみ記入してください)
住 所 _____
氏 名(名称) _____
職名・代表者 _____

【 2 現金受領 】
上記の金額を受領しました。
年 月 日
越谷市病院事業 企業出納員 宛
法人名(団体名)
印 紙 _____
氏名(代表者名) _____ 印

備 考	支 払 日	担 当 者	検 収 日
	月 日		月 日