第12－4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（税抜単価用）

請求日　　年　　月　　日

住　所　〒

法人名（団体名）

氏　名（職名・氏名）

※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。

越谷市立病院
越 谷 市 長　宛

（適格請求書発行業者登録番号）

T

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）		億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円

請求内容

品名・件名	数量	単価（円）	税抜額（円）	消費税	納品月日
					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	税抜額計（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) 標準税率のときは外課税、軽減税率のときは外軽減 (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、外経過		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のいずれかに〇をつけ、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 金庫 農協　　本店 支店 出張所　　1 普通　2 当座　3（　　）No.

口座カナ名義

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