

第12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

### 請求書(単価税込用)

請求日 2023 年 10 月 31 日

下記の金額を請求します。

住 所 〒000-0000

埼玉県越谷市000

越谷市立病院

越谷市長宛

(適格請求書発行者登録番号)

T 0

法人名

(団体名) 株式会社

氏名

(職名・氏名) 代表 〇〇 〇〇

※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。

電話番号 ( 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )

越谷市立病院  
債権者登録番号

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

※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  
¥ 6 1 4

請求内容	品名・件名	数量	単価(円)	税込額(円)	消費税	納品月日
	商品A	1	100	100	内課税	10月10日
	商品B	2	110	220	内軽減	10月20日
	商品C	3	120	360	非課税	10月30日
						月 日
						月 日
						月 日

履行(納品)場所	越谷市立病院	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 ※値引きのカッコ内には①、②、③のいずれかを記入してください。	10%対象計①	100	9	
	8%対象計②	220	16	
	非(不)課税対象計③	360	0	
	値引き(①)	▲ 66	▲ 6	

#### 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 出張所 No.  
農協

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