

年 月 日

請 求 書

福山市病院事業管理者 様

登録番号

住 所

法 人 名

個人名又は
代表者職名
及び名前

次の金額を請求します。

	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
金額										

消 費 税 10 % 対 象 の 税 抜 価 格 :

税 率 10 % 部 分 に 係 る 消 費 税 額 :

消費税 8% (軽減税率) 対象の税抜価格 :

税 率 8 % 部 分 に 係 る 消 費 税 額 :

※ 首標金額の訂正はできません。

※ 首標金額の一桁上位の欄に㊞印を記入してください。

1	請求内容	☐ 消費税非課税	☐ 消費税不課税	☐ 軽減税率対象
2	請求対象期間または取引年月日			
3	備考			

消費税非課税、不課税、または8%のものは「1 請求内容」の横の欄にチェック

のりしろ (支出命令書に貼付)