

請 求 書

No. _____

金額 (請求額)	円	うち消費税及び 地方消費税額	非課税 円
件名 補装具の購入・修理に係る利用者負担額助成分			
内 訳	納入先	障害者支援課	
品 名 (支給券番号・氏名・補装具の 名称)	数 量	単 位	単 価 (上段に支給決定額・ 下段に利用者負担額)
			円
			円
上記のとおり請求します。			
平成 年 月 日			
住 所			
社名(団体名)			
代 表 者 名			
市 川 市 長			印
印 紙	領 収 証		
	上記のとおり領収しました。		
	平成 年 月 日		
	住 所		
	社名(団体名)		
	代 表 者 名		
市 川 市 会 計 管 理 者			印