

請 求 書

No. _____

金 額 (公費負担額)	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・修理に係る補装具費分				
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：見 積 額 下段：利用者負担額)	金 額 (公費負担額)
			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		