

請 求 書

No. _____

金 額 (地域生活支援費 予定額)	円	うち消費税及び 地方消費税額	円 非課税
件 名 日常生活用具の購入等に係る地域生活支援事業費			
内 訳	納 入 先	障害者支援課	
品 名 (支給券番号・氏名・ 日常生活用具の名称)	数 量	単 位	単 価 (上段：見 積 額・ 下段：利用者負担額)
			円
			円
			円
			円
			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	領 収 証		
紙	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	