

請 求 書

No.

金 額	円	うち消費税額及び 地方消費税額	非 課 税		
件 名 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費					
内 訳		納 入 先	介 護 福 祉 課		
品 名	数 量	単 位	単 価	金 額	
			円	円	
上記のとおり請求します。					
令和 年 月 日					
住 所					
社名(団体名)					
代 表 者 名					
市 川 市 長					
印					
領 収 書					
上記のとおり領収しました。					
令和 年 月 日					
住 所					
社名(団体名)					
代 表 者 名					
市川市会計管理者					
印					