記 入 例 ③

第37―2号様式
（その1）

請　　求　　書

No.

金　額	⑥公費負担額　円	うち消費税額及び地方消費税額	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　障がい者支援課

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）
①支給券番号・②氏名 ③補装具の名称			④見積額 ⑤利用者負担額	⑥公費負担額

上記のとおり請求します。
令和　　年　　月　　日 ⇦ 空欄でお願いします。

住　所　「口座登録申出書」に記載された住所
社　名（団体名）　〃　社名（団体名）
市川市長　代表者名　〃　役職・代表者名

印紙

※領収書の欄は空欄でお願いします

領　　収　　書

上記のとおり領収しました。

年　　月　　日

住　　所
社名（団体名）
市川市会計管理者　代表者名

市記入欄

確認	□　確認済　　□　確認不要
確認した者	課（担当者名　　）

※「補装具費支給決定のお知らせ」に合わせて記入して下さい。