請　　求　　書

年　　月　　日

羽 曳 野 市 長　　様

所 在 地

名　　称　　印

氏　　名　　印

下記のとおり請求いたします。

請求金額	億	千	百	十	万	千	百	十	円

◎金額はアラビア数字で記入し、
上頭に「￥」を付けて下さい。
◎金額の訂正は認めません。

但し　　要介護認定調査業務委託料　　月分

摘　　要	数 量	単 価	金　額　（　税　込　）
在 宅（ 併 設 外 施 設 を 含 む ）		4,400	
	合計		

羽曳野市会計管理者　　様

整理番号	検収者印