

請 求 書

羽 曳 野 市 長 様

年 月 日

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)		4,074								
		合計								

羽曳野市会計管理者 様

整理番号	検収者印