

請求書

筑後市長 様 (高齢者支援課)

下記のとおり請求します。

請求金額 (税込)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 頭に「¥」を記入すること。

【内訳】

令和 年 月分

品名又は名称	※：軽減税率対象	単価 (円)	消費税 (円)	数量 (件)	金額 (円) (税込)
介護保険主治医意見書 (在宅/新規)		5,000	500		
介護保険主治医意見書 (在宅/継続)		4,000	400		
介護保険主治医意見書 (施設/新規)		4,000	400		
介護保険主治医意見書 (施設/継続)		3,000	300		

合計	円 (税込)	うち消費税	円
10%対象計	円 (税込)	うち消費税	円
8%対象計			
非課税対象計			

請求日 令和 年 月 日

登録番号

住所

医療機関名

印

代表者名

印

※法人、団体の場合は、代表者の職名、代表者印を忘れずに。

医療法人の場合は、法人印と代表者印を押印してください。

【振込先】

※前回請求と振込先に変更がない場合、記入は不要です。

金融機関	支店名	預金種別	口座番号	口座名義 (カナ)