請　求　書　【口座振替払用】

令和　　年　　月　　日

福島市長　様

所属	介護保険課

（住所）〒　　－

（氏名）

（適格請求書発行事業者登録番号）

登録番号等の必要事項を記入いただくことでインボイス制度に対応した適格請求書としてもご利用可能です。

業者番号（債権者コード）

本件責任者及び本件担当者の氏名及び連絡先（電話番号）を必ず記載してください。責任者と担当者が同一の場合でもそれぞれ記載してください。

本件責任者：　　（電話）　　－　　－

本件担当者：　　（電話）　　－　　－

請求金額								￥	7	9	2	0

・この請求金額（首標金額）の訂正はできません。
・数字は右寄せで、必ず￥マークを記載してください。

【内訳】

品名（件名）	数量	単価	金額
介護認定訪問調査委託料（在宅）	2	2800	7200
令和８年４月分			
内訳合計		10%対象額	7200
		※8%対象額	
軽減税率（8%）対象物品には、品名欄に「※」を記載。	消費税	10%対象額	720
		※8%対象額	

・請求金額の内訳を記載してください。
・「在宅」「施設」の種別を記載してください。
また、何月分の請求か記載してください。

・請求金額（首標金額）以外は、誤記した場合でも代表者印または本件責任者や本件担当者の印（スタンプ印は不可）により訂正できます。

内訳合計を記載

消費税（10%）を記載

口座振込依頼書

業者番号（債権者コード）を記載の方は、省略できます。

金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 支店・支所 出張所
預金種別	1　普通　　2　当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		

・業者番号（債権者コード）がある方は、請求書左上の業者番号（債権者コード）欄に番号を記載いただければ口座振替依頼書の記入は不要です。
・「要介護認定調査業務委託料振込口座届」を提出している場合は、口座振替依頼書の記入は不要です。

※市記入欄

受領		