　　支出命令番号第　　　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

請　　　　求　　　　書

石川県知事　谷　本　正　憲　殿

　￥

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

上記金額を請求いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取引銀行　　　　　　　　　銀行　　　　　　　支店

　内訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号　　普通・当座　ＮＯ．

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | | 品　　名 | 数　量 | 単　価 | 金　　　　額 | | | | | | | | | 摘　要 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　計 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　支出命令番号第　　　　　　号

令和　　　年　　　月　　　日

請　　　　求　　　　書

石川県知事　谷　本　正　憲　殿

　￥　　　１０，０００

代表者印を押してください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

上記金額を請求いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　石川県金沢市◎◎町◎丁目◎番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称　◎◎眼科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　代表取締役　◎◎　◎◎

納品日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取引銀行　　　　　　　◎◎銀行　　　　　◎◎支店

　内訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　口座番号　　普通・当座　ＮＯ．１２３４５６

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月　日 | | 品　　名 | 数　量 | 単　価 | 金　　　　額 | | | | | | | | | 摘　要 |
| 9 | 17 | 眼鏡（フレーム、レンズ） | 1 | 10,000 |  |  |  |  | １ | ０ | ０ | ０ | ０ | 石川花子分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 対象児童の氏名を**必ず**記入してください |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　計 | | | | |  |  |  |  | １ | ０ | ０ | ０ | ０ | （税込） |

金額は税込みでお願いします。

併せて、摘要欄に税込の記載をお願いします。