

支出 (年 月 日)

検収 月 / 日	経理主任 係長 課長	会計区分	大科目	中科目	小科目	台帳登録
-------------	------------------	------	-----	-----	-----	------

請求書

令和 年 月 日

公益財団法人 北九州市身体障害者福祉協会理事長 様

住所 〒

氏名

TEL

振込先	銀行		支店
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

下記のとおり請求いたします

ご請求金額 (税込)		数量	単位	単価	税率	税込金額			備考
品名									
小計									
					10%対象				
					8%対象				
					非課税・不課税				
					源泉所得税				<input type="checkbox"/> 業者負担
合計									<input type="checkbox"/> 協会負担 (円)

支出 (年 月 日)

検収 月 / 日	経理主任 係長 課長	会計区分	大科目	中科目	小科目	台帳登録
-------------	------------------	------	-----	-----	-----	------

請求書

令和 年 月 日

公益財団法人 北九州市身体障害者福祉協会理事長 様

住所 〒

氏名

TEL

振込先	銀行		支店
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

下記のとおり請求いたします

ご請求金額 (税込)		数量	単位	単価	税率	税込金額			備考
品名									
小計									
					10%対象				
					8%対象				
					非課税・不課税				
					源泉所得税				<input type="checkbox"/> 業者負担
合計									<input type="checkbox"/> 協会負担 (円)