

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** 請求者登録申出書に登録のある社印、代表者印

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 〒 000-0000 北九州市戸畑区〇〇

氏名 (株)〇〇〇〇

TEL

振込先	福岡	銀行	〇〇	支店
預金種目	普通	・ 当座	口座番号	123456
(フリガナ) 口座名義	(株)〇〇〇〇			

下記のとおり請求いたします

ご請求金額	¥3,300		(税込)		消費税込でご記入ください		
品名	数量	単位	単価	税率	税込金額		備考
〇〇〇	1	個	3,000	10%	3	300	
小計				10%対象	3	300	<input type="checkbox"/> 業者負担 <input type="checkbox"/> 協会負担 ( 円)
				8%対象			
				非課税・不課税			
源泉所得税							
合計					¥	3,300	