受領委任払用

請 求 書

 錦町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 | （ ） |

 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様の福祉用具購入費 受領委任払により下記金額を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |

 ※ 金額欄は￥印を前につけ、算用数字ではっきりとご記入願います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品 名 ・ 件 名 | 単 価 (円) | 数 量 | 金 額 | (円) | 納品月日 |
| 別紙のとおり |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |