

請 求 書

都 城 市 使 用 欄

都城市長 宛て

令和 7 年 4 月 1 日

下記の金額を請求します。

住 所 都城市姫城町1234番地56

氏 名 株式会社 ○○商事
代表取締役 ○○ ○○

登録番号 T1234567890123

請求印は省略できます。

ただし、省略された場合は連絡先等の記入が必要です。
また、訂正があった場合は訂正ができません。

インボイス発行事業者がインボイスの発行を求める部署（課税対象となる特別会計）へ請求する場合は、記入が必須です。それ以外の場合は、空欄で構いません。
御不明な場合は、請求書を提出する担当課に御確認ください。

押印省略した場合のみ必須

発行責任者 (フルネーム)	○○ ○○	連絡先 TEL	原則、固定電話番号を記入 0986-12-3456
担当者 (フルネーム)	発行責任者と同一人である 場合は、「同上」も可	連絡先 TEL	上記連絡先と同一である 場合は、「同上」も可

請求が個人の場合は、連絡先のみ記入してください。

請 求 金 額	億	千万	百万	拾万	万	千	百	拾	円
先頭に「¥」を記入してください。					¥	2	9	8	5

ただし、

経口補水液 外

として

支払方法	振込	振込先	銀行名	支店名	(普通 ・ 当座)
			○○銀行	○○支店	口座番号※左詰めで記載
					1 2 3 4 5 6 7
口座名義	(フリガナ)	カ) マルマルシヨウジ			
		株式会社 ○○商事			

請 求 内 訳				
	品 名 (規 格)	数 量	単 価 (円)	金 額 (円)
1	※ 経口補水液	10	200	2,000
2	ボールペン	5	100	500
3	消しゴム	5	50	250
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
項目が足りない場合は、2ページ目を使用してください。			計	2,750

↑ 軽減税率対象・旧税率適用品目(8%対象分)は品名欄に※

数量と単価を必ず記載してください。

	8%対象分(①)	10%対象分(②)	合計(①+②)
小 計 (円)	2,000	750	2,750
消費税及び地方消費税 (円)	160	75	235
合 計 (円)	2,160	825	2,985

【インボイス制度対応用】

請 求 内 訳				
品 名（規 格）		数 量	単 価 (円)	金 額 (円)
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
↑ 軽減税率対象・旧税率適用品目(8%対象分)は品名欄に※			計	