請 求（見 積）書

課　名	地域保健課

※　太線の中にご記入ください。

金 額			十億			百万			千			円

右記の約定事項を承知し，内訳の価格及び条件をもって注文に応じ履行しますので検査検収済の上は代金を支払願います。

高知市長　様

年　　月　　日

住所　高知市丸ノ内１丁目７－４５

社会福祉法人　保健会

氏名　理事長　高知　太郎　　印

請求者

※　債権者登録している口座へ支払う場合は，押印の省略ができます。

履行（納入）場所	

約定事項

1　納期限を経過した場合は，過期１日につき表記見積金額の千分の一を違約金として代金と相殺せられ，又は契約を解除せられるも何ら異議ないこと。

2　高知市の関係規則等の規定はもちろん遵守すること。

3　別に定めのあるものを除き，適法な請求書を受理した日から，工事代金については40日，その他の代金については30日以内に支払うこと。

委任関係	
□なし	□請求委任
□受領委任	□請求受領委任
□受取人変更	

支払方法（□にレ点を入れてください）

□ 債権者登録番号払
（□ 工事前金払）

債権者登録番号										

□ 口座払

※　債権者登録番号を記入いただいた場合，振込先の記入は不要です。

口座振替申出書

振込先	銀行・信金 農協 信組・労金	支　店 支　所 出張所
種目	・普通預金 ・当座預金 ・	口座番号
口座名義	(フリガナ)	

□ その他　　納付書払　・　窓口払　・（　　）

内　　訳

品　　名　　(形　質・寸　法)	数　　量	単　位	単　　価	金　　額
令和5年度　高知市結核定期健康診断事業費補助金として	1	一式		
合　　計				