書式１－１）

出　金　伝　票

一般社団法人日本臨床発達心理士会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 支部／委員会 | | | 担当者名 |
| 一般会計 | 費目 | | | 通し番号 |
| 執行日　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 支払先 | | | | |
| 支払金額合計 | | | | |
| 摘要  　証憑書類を別添え　／　　　証憑書類を書式1-2に貼付け  ＊証憑書類がインボイスの要件を満たしているかご確認ください。  ＊証憑書類が日本臨床発達心理士会宛てではない場合、備考へ「立替精算」と記載してください。 | | | | |
| 摘　要 | | 小　計 | 備　考 | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |

書式１－２）

証　憑　書　類　添　付

一般社団法人日本臨床発達心理士会

|  |
| --- |
| 領収書貼り付け欄  **※貼り付け欄に入らない場合は別添可**  **※インボイスの要件チェックポイント**  **★請求先に「一般社団法人日本臨床発達心理士会」と記載されていますか？**  **★請求元の適格請求書発行事業者登録番号「Ｔ+13桁の数字」は記載されていますか？**  **★請求金額は消費税区分ごとに合計され、かつ消費税額合計が記載されていますか？** |

|  |
| --- |
| 領　収　書  年　　　　月　　　　日  一般社団法人日本臨床発達心理士会理事長様  金　　　　　　　　　　　　　　　円  但し　　　　　　　　　として正に領収しました。  氏名  （自筆署名または記名押印） |

|  |
| --- |
| 領　収　書（控）  年　　　　月　　　　日  一般社団法人日本臨床発達心理士会理事長様  金　　　　　　　　　　　　　　　円  但し　　　　　　　　　として正に領収しました。  氏名  （自筆署名または記名押印） |

※現金で精算した場合には上記領収書をご使用ください。