

(見積書 有・**無**)
 (支払方法 **1**口座振替払…MT 2直接払 3口座振替払…MT外)
 (支払予定日) (審査決裁区分会・室・係)

注意
 金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。

課名	感染症対策課		令和 5 年度	支出(還付)命令番号	第 号	
1 契約係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	1 歳入 2 歳計 3 歳外 4 基	会計	01	
	月 日	月 日		出付金 入還現 金	款	04
No.				契約番号	第 号	

請 求 書

金額		拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

件名 **おたふくかぜ予防接種委託料** (令和 年 月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願います。(希望の番号を○囲みする)

1 口座振替払(下記口座のとおり) 2 現金払
 年 月 日

住 所
 氏名・印
 登録番号

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者:氏名

電話

)

鹿 児 島 市 長 下 鶴 隆 央 殿

[口座振込先]

金融機関名	種別	口座番号	請求番号	口座名義
銀行(金庫)	普通座			フリガナ
店	別貯蓄			

内 訳 (**1** 次のとおり 2 別紙のとおり)

軽減税率対象品目は品名等の右端に「※」をご記入ください。

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
委託料一式	—	—	円	円	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	円	
消費税及び地方消費税額					
税込額合計(小計額)			円		
総合計(請求金額)					

(見積書 有・**無**)
 (支払方法 **①**口座振替払…MT 2 直接払 3 口座振替払…MT外)
 (支払予定日) (審査決裁区分会・室・係)

注意
 金額はアラビア数字で記入し、首標金額の頭に¥字を記入してください。首標金額の訂正は認めません。

課名	感染症対策課		令和 5 年度	支出(還付)命令番号	第 号
1 契約係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	① 歳入 ② 歳入 ③ 計外 ④ 基金 出付現金	会計	01
	月 日	月 日		款	04
No.				契約番号	第 号

請求書

金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
¥					4	0	0	0	0	0

件名 おたふくかぜ予防接種委託料 (令和 5 年 10 月分)

上記の金額を請求します。
 なお、受領については、次のとおり願います。

① 口座振替払(下記口座のとおり)
 年 月 日

住所 鹿児島市●●丁目●番●号
 氏名・印 ●●法人 ●●会

登録番号 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

押印を省略する場合は、記入してください。
 (担当者:氏名 鹿 児 島 市 長 下 鶴 隆 央 殿 電話)

押印を省略する場合、担当者名(フルネーム)と電話番号を記入してください。

金融機関名	種別	口座番号	口座名義
薩摩銀行(金庫)	普通当座別貯蓄	123456	フリガナ マルマルホウジンマルマルカイジチョウカゴシマノウ
本店			〇〇法人〇〇会 理事長 鹿児島 太郎

内訳 (**①** 次のとおり 2 別紙のとおり)
 軽減税率対象品目は品名等の右端に「※」をご記入ください。

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
委託料一式	—	—	円	40,000	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	36,364	円
消費税及び地方消費税額				3,636	
税込額合計(小計額)			円	40,000	
総合計(請求金額)				40,000	

おたふくかぜ予防接種委託契約実施報告書

(令和 年 月分)

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地及び名称

代表者氏名

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名 電話)

委託契約に基づき、おたふくかぜ予防接種委託業務を下記のとおり実施しましたので、委託契約第6条の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

記

予防接種名	委託単価	件数	委託料
おたふくかぜ	4,000円	件	円
合計		件	円

【感染症対策課確認欄】

受付印	確認			
	課長	係長	係	照合

例

おたふくかぜ予防接種委託契約実施報告書

(令和 5 年 10 月分)

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

所在地及び名称 鹿児島市山下町11番1号
〇〇法人 〇〇会 〇〇クリニック
代表者氏名 理事長 鹿児島 太郎

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名 薩摩 花子 電話 〇〇-〇〇〇〇)

委託契約に基づき、おたふくかぜ
ので、委託契約第6条の規定に基づ

(押印する場合)

契約書の印鑑と同じものを押下

(押印を省略する場合)

担当者名(フルネーム)と電話番号を記入

予防接種名	委託単価	件数	委託料
おたふくかぜ	4,000円	10件	40,000円
合計		10件	40,000円

【感染症対策課確認欄】

受付印	確認			
	課長	係長	係	照合