

(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 8 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 現	款
No.				契約番号	第 号

請求書

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

件名 予防接種委託料(成人用肺炎球菌) (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

令和 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
銀行 (金庫)	普通 当座 別貯		口座名義
店			フリガナ

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)

課名	感染症対策課	令和 8 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	会 計	01
月 日	月 日	① 歳 2 歳 3 歳 4 歳基		
No.			契約番号	第 号

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。

**例**

請 求 書

金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
¥				2	1	9	0	2	5	

件名 予防接種委託料(成人用肺炎球菌) (令和 8年 4 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)

令和 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 )

[ 口 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	123456	フリガナ マルマルホウジンマルマルカイジツョウカゴシマノウ
本店	当座別貯蓄		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	219,025	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	円	199,114
消費税及び地方消費税額					19,911
税込額合計(小計額)			円		219,025
総合計(請求金額)					219,025

# 令和8年度予防接種委託契約実施報告書（成人用肺炎球菌）

（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、成人用肺炎球菌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。  
また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯について、資料を確認したことを証明します。

## 記

予防接種名	委託単価	件数	委託料（円）
自己負担 有	8,061円	件	円
自己負担 無	11,561円	件	円
予診料（接種不可者）	3,201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

令和8年度予防接種委託契約実施報告書（成人用肺炎球菌）

(令和 8 年 4 月分)

令和 年 月 日



所在地及び名称 鹿児島市●●▲丁目●番●号  
●●法人 ●●会  
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 電話番号)

委託契約に基づき、成人用肺炎球菌予防接種委託業務の報告書として提出しますので、委託契約第6条の規定に基づき、関係書類を添付し報告いたします。  
また、生活保護世帯及び市民税非課税世帯については、

押印をする場合は契約書の印鑑と同じ物を使用してください。  
押印を省略する場合は担当者のフルネームと電話番号の記入をお願いします。

予防接種名	委託単価	件数	金額(円)
自己負担 有	8,061円	20件	161,220円
自己負担 無	11,561円	5件	57,805円
予診料（接種不可者）	3,201円	件	円
合 計		25件	219,025円

【感染症対策課確認欄】

受付印	確 認			
	課 長	係 長	係	照 合