

(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 ▲ 年度	支出(還付) 命令番号	第 号
1 契約課係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	会 計	01
	月 日	月 日	款	04
		① 歳 2 歳 3 歳 4 其	入 還 計 外 現 金	
No.	請求金額は契約単価に基づき計算してください。			第 号

注意
一一
太
金
線
の
わ
く
内
は
請
求
者
が
記
入
し
て
首
標
金
額
の
訂
正
は
認
め
ら
れ
ず
す
べ
し
正
し
く
記
入
し
て
く
だ
さ
い
。

例

請 求

金 額		拾	億	千	百	拾	万	十	百	拾	円
					¥	1	0	0	6	2	5

件名 結核患者等検診委託料 (10 月分)

請求者の記名・押印は当年度の委託契約書の受注者欄と同じになります。記名・押印の前に必ずご確認ください。

押印省略、下記の担当者、電話を記入してください。

年 月 日 鹿児島市●●丁目●番●号

住 所 ●●法人○○会○○病院

氏 名・印 理事長 鹿児島 太郎

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 ●●▲▲▲ 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。

薩摩 銀行(普通) 123456

本 店 別 段 著

フリガナ マルマルホウジンマルマルカイリジチョウカコシマタロウ

〇〇法人〇〇会
理事長 鹿児島 太郎

請求者(契約受注者)と同一名義(肩書を含む)の口座をご利用ください。異なる場合は別途、口座振込依頼書が必要になります。

品 名 等	数 量	単 位	単 価	金 額	備 考
検診委託料一式	—	—	円	100,625	
税区分					10%対象
税抜額合計					
消費税及び地方消費税					
税込額合計(小計額)			円		
総合計(請求金額)				100,625	

内訳金額、下部の総合計(請求金額)に、請求金額を入力してください。

「委託料一式」の場合、消費税内訳欄の追加欄3行は空欄でも支障はありません。

例

等検診実施報告書

請求金額は契約単価に基づいて計算してください。

目の欄に○印をつけてください。*はフィルムサ

登録番号	検診年月日	受診者名	初診料 (診察)	菌検査	ツ反	IGRA	*胸部 単純撮 影*	請求金額計
	R▲.●.●	●●●●●	○			○	○大角1枚	13,420
	R▲.●.●	●●●●●	○	○			○画像記 録用 半切1枚	10,604
	R▲.●.●	●●●●●	○		○		○画像記 録用 CD-R	7,656
記載内容が上と同じでも『 』は使用しないでください。 画像記録用フィルム（デジタルデータ）の場合は、『画像記録用』と記入して、記録媒体の種類を記載してください。								
報告者の記名・押印は当年度の委託契約書の受注者欄と同じになります。記名・押印の前に必ずご確認ください。 押印省略、下記の担当者、電話を記入してください。								
計								31,680
上記のとおり報告します。			(委託医療機関名)					
			住所 鹿児島市○○町○○-○○					
			医療法人●●会●●病院					
			理事長 鹿児島 ●●					
令和 年 月 日			氏名 印					
鹿児島市長 下 鶴 隆 央 殿			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 △△ 電話 099-123-4567)					

(注意) 委託医療機関名の記名・押印は委託契約書の受注者欄及び請求書と同じになります。

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。