

令和6年度 予防接種委託契約実施報告書

(令和 6年 月分)

令和 年 月 日

所在地及び名称

鹿児島市長 殿

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、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 (円) |
|---------------|------------------|----|---------|
| 5種混合 | 20,460円 | 件 | 円 |
| 4種混合 | 11,660円 | 件 | 円 |
| 3種混合 | 6,061円 | 件 | 円 |
| ポリオ | 10,395円 | 件 | 円 |
| BCG | 12,980円 | 件 | 円 |
| ヒブワクチン | 9,242円 | 件 | 円 |
| 小児用肺炎球菌 | 13価 | 件 | 円 |
| | 15価 | 件 | 円 |
| 麻しん・風しん 混合 | 第1期 | 件 | 円 |
| | 第2期 | 件 | 円 |
| 麻しん | 第1・2期 | 件 | 円 |
| 風しん | 第1・2期 | 件 | 円 |
| 2種混合 | 5,005円 | 件 | 円 |
| 日本脳炎 | 第1期 | 件 | 円 |
| | 第2期 | 件 | 円 |
| | 特例 | 件 | 円 |
| 子宮頸がん (2価) | 小6～高1 キャッチアップ | 件 | 円 |
| | 小6～高1 キャッチアップ | 件 | 円 |
| 子宮頸がん (4価) | 小6～高1 キャッチアップ | 件 | 円 |
| | 小6～高1 キャッチアップ | 件 | 円 |
| 子宮頸がん (9価) | 小6～高1 キャッチアップ | 件 | 円 |
| | 小6～高1 キャッチアップ | 件 | 円 |
| 水痘 | 9,350円 | 件 | 円 |
| B型肝炎 | 6,769円 | 件 | 円 |
| ロタウイルス (1価) | 14,663円 | 件 | 円 |
| ロタウイルス (5価) | 9,636円 | 件 | 円 |
| その他 () | 円 | 件 | 円 |
| その他 () | 円 | 件 | 円 |
| 予診料 (接種不可者) | 3,168円 | 件 | 円 |
| 合 計 | | 件 | 円 |

【感染症対策課確認欄】

| 受付印 | 課長 | 係長 | 係 | 照合 |
|-----|----|----|---|----|
| | | | | |

令和6年度 予防接種委託契約実施報告書

(令和 6年 4月分)

例

所在地及び名称
代表者氏名

令和 年 月 日
鹿児島市●●丁目●番●号
●●法人 ●●会
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)

委託契約に基づき、予防接種委託業務を下記のとおり
条の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

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。

第6

記

| 予防接種名 | 委託単価 | 件 | 円 |
|---------------|---------|-----|----------|
| 5種混合 | 20,460円 | 1件 | 20,460円 |
| 4種混合 | 11,660円 | 1件 | 11,660円 |
| 3種混合 | 6,061円 | 1件 | 6,061円 |
| ポリオ | 10,395円 | 1件 | 10,395円 |
| BCG | 12,980円 | 1件 | 12,980円 |
| ヒブワクチン | 9,242円 | 1件 | 9,242円 |
| 小児用肺炎球菌 | 13価 | 1件 | 12,320円 |
| | 15価 | 1件 | 12,320円 |
| 麻しん・風しん 混合 | 第1期 | 1件 | 11,110円 |
| | 第2期 | 1件 | 11,110円 |
| 麻しん | 第1・2期 | 1件 | 7,513円 |
| 風しん | 第1・2期 | 1件 | 7,513円 |
| 2種混合 | 5,005円 | 1件 | 5,005円 |
| 日本脳炎 | 第1期 | 1件 | 7,975円 |
| | 第2期 | 1件 | 7,150円 |
| | 特例 | 1件 | 7,150円 |
| 子宮頸がん (2価) | 小6～高1 | 1件 | 16,775円 |
| | キャッチアップ | 1件 | 0円 |
| 子宮頸がん (4価) | 小6～高1 | 1件 | 16,775円 |
| | キャッチアップ | 1件 | 0円 |
| 子宮頸がん (9価) | 小6～高1 | 1件 | 26,928円 |
| | キャッチアップ | 1件 | 0円 |
| 水痘 | 9,350円 | 1件 | 9,350円 |
| B型肝炎 | 6,769円 | 1件 | 6,769円 |
| ロタウイルス (1価) | 14,663円 | 1件 | 14,663円 |
| ロタウイルス (5価) | 9,636円 | 1件 | 9,636円 |
| その他 () | 0円 | 1件 | 0円 |
| その他 () | 0円 | 1件 | 0円 |
| 予診料 (接種不可者) | 3,168円 | 1件 | 3,168円 |
| 合計 | | 21件 | 228,542円 |

【感染症対策課確認欄】

| 受付印 | 課長 | 係長 | 係 | 照合 |
|-----|----|----|---|----|
| | | | | |

(見積書 有・無)

(支払方法 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6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 | <input checked="" type="radio"/> 歳入 <input type="radio"/> 歳計 <input type="radio"/> 歳外 <input type="radio"/> 基 | 会計 | 01 |
| | 月 日 | 月 日 | | 出付金金 | 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 定期予防接種事業委託料 (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] | | | 請求番号 |
| 金 融 機 関 名 | 種 別 | 口 座 番 号 | 口 座 名 義 |
| 銀行 (金庫) | 普 通 当 座 | | フリガナ |
| 店 | 別 貯 | | |

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 6 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 | 1 歳 2 歳 入 還 出 3 歳 計 外 付 4 基 現 金 金 | 会 計 | 01 |
| | 月 日 | 月 日 | | 款 | 04 |
| 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 | 2 | 8 | 5 | 4 | 2 |

件名 定期予防接種事業委託料 (令和 6 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)

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

電話

鹿児島市長 下鶴 隆央 殿

〔**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。〕

押印をする場合、契約書の印鑑と同じものを使用してください。

適格請求書発行事業者の場合こちらに適格請求書発行事業者登録番号をご記入ください。

| | | | |
|----------|---------|--------|------------------------------|
| 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リジチウカゴシマ知ウ |
| 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 | 228,542 | |
| 税区分 | 課税対象外 | | 8%対象 | 10%対象 | |
| 税抜額合計 | | | 円 | 207,766 | 円 |
| 消費税及び地方消費税額 | | | | 20,776 | |
| 税込額合計(小計額) | | | 円 | 228,542 | |
| 総合計(請求金額) | | | | 228,542 | |