

(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4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 歳計外 4 歳基	会計	01
月 日	月 日	出付金金		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 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

令和 年 月 日

住所
氏名・印

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 別貯			フリガナ
店				

内訳 (①次のとおり 2別紙のとおり)

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
委託料一式	—	—	円	円	
計					

(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4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 歳計外 4 歳基	会計	01	
	月 日	月 日		出付金金	款	04
No.					契約番号	第 号

例

請求書

金額		拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	
						¥	1	7	0	2	5	1

件名 定期予防接種事業委託料 (令和4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 (希望の番号を○囲みます)

1 口座振替払(下記口座のとおり)

令和 年 月 日

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。

住所 鹿児島市●●丁目●番●号
氏名・印 ●●法人 ●●会

理事長 鹿児島 太郎

之印
理
事
長
会

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
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チョウカゴシマタクウ
本店	当別貯蓄			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)

品名等	数量	単位	単価	金額	備考
委託料一式	—	—	円	170,251	
計				170,251	

令和4年度 予防接種委託契約実施報告書

(令和 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)
4種混合	11,638円	件	円
3種混合	6,039円	件	円
ポリオ	10,373円	件	円
BCG	11,308円	件	円
ヒブワクチン	8,932円	件	円
小児用肺炎球菌	12,298円	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期	件	円
	第2期	件	円
風しん	第1期	件	円
	第2期	件	円
2種混合	4,983円	件	円
日本脳炎	第1期	件	円
	第2期	件	円
	特例 (1期・2期含む)	件	円
子宮頸がん	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,328円	件	円
B型肝炎	6,747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 ()		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4年度 予防接種委託契約実施報告書

(令和 4 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
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。

記

予防接種名	委託単価	件	
4種混合	11,638円	1件	11,638円
3種混合	6,039円	1件	6,039円
ポリオ	10,373円	1件	10,373円
BCG	11,308円	1件	11,308円
ヒブワクチン	8,932円	1件	8,932円
小児用肺炎球菌	12,298円	1件	12,298円
麻しん・風しん 混合	第1期	1件	11,088円
	第2期	1件	11,088円
麻しん	第1期	件	円
	第2期	件	円
風しん	第1期	件	円
	第2期	件	円
2種混合	4,983円	1件	4,983円
日本脳炎	第1期	1件	7,953円
	第2期	1件	7,128円
	特例 (1期・2期含む)	1件	7,128円
子宮頸がん	小6～高1	1件	16,753円
	キャッチアップ	1件	16,753円
水痘	9,328円	1件	9,328円
B型肝炎	6,747円	1件	6,747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 ()		件	円
予診料 (接種不可者)	3,168円	1件	3,168円
合計		19件	187,004円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合