

(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 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	<input checked="" type="radio"/> 歳 入 出 2 歳 計 外 現 付 3 歳 基 金 4 基 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
----	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

件名 成人の風しん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 印  
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 当 別 貯			フリガナ
店				

内 訳 (  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)					

