

(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 3 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 <input type="radio"/> 歳 入 <input type="radio"/> 歳 計 外 <input type="radio"/> 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 予防接種委託料(インフルエンザ) (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
銀行 (金庫)	普通 当別 貯蓄		口座名義
店			フリガナ

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 3 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
金額				¥	2	3	4	1	8	9

件名 予防接種委託料(インフルエンザ) (令和 3 年 10 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
氏名・印

押印を省略する場合、担当者名
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
薩摩銀行(金庫)	普通	123456	
本店	当別貯蓄		
口座名義			フリガナ マルマルホウジンマルマルカイリジョウカゴシマタの
			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	234,189	
計				234,189	

令和3年度 予防接種委託契約実施報告書（インフルエンザ）

（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、インフルエンザ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	3,703円	件	円
自己負担 無	5,203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	確 認			
	課 長	係 長	係	照 合

令和3年度 予防接種委託契約実施報告書（インフルエンザ）

令和3年 10月分

年 月 日

鹿
例

所在地及び名称 鹿児島市●●▲丁目●番●号
 代表者氏名 ●●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 電話

委託契約に基づき、インフルエンザ予防接種委託業務を下記のとおり実施したの
 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、

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
 者の氏名と電話番号の記入
 をお願いします。

記

予防接種名	委託単価	件	円
自己負担 有	3,703円		円
自己負担 無	5,203円	26件	135,278円
予診料（接種不可者）	3,168円	2件	6,336円
合 計		53件	234,189円

【感染症対策課確認欄】

受付印	確 認			
	課 長	係 長	係	照 合