

(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)

課 名	保健予防課		令 和 7 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 出 2 歳 計 外 付 3 歳 基 現 金 4 基 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。

請 求 書

金 額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

件名 子ども達の歯と口の健康を守るための歯科健診事業業務委託料(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)

☒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
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
銀行 (金庫)	普 通 座		口 座 名 義
支店	別 段 貯		フリガナ

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)					