

(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 8 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	☒ 歳入 2歳計 3歳外 4歳基 出 還 付 金 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 予防接種委託料(新型コロナウイルス感染症)(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]

請求番号	
口 座 名 義	
フリガナ	

金 融 機 関 名	種 別	口 座 番 号
銀行	普 通	
(金庫)	当 座	
店	別 貯	

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)					
総合計(請求金額)					

(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 8 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	会 計	01
	月 日	月 日	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
					¥	2	6	2	5	0	0

件名 予防接種委託料(新型コロナウイルス感染症)(令和 8年 10 月分)

上記の金額を請求します。

なお、受領については、次のとおり願ひ

☒口座振替払(下記口座のとおり)

令和 年 月 日

住 所 鹿児島市●●丁目●番●号

氏 名・印 ●●法人 ●●会

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

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。

金 庫	銀行	普通	フリガナ
薩摩	(金庫)	当座	マルマルホウシマルマルカイジチョウカゴシマタロウ
本	店	別貯蓄	

123456

〇〇法人〇〇会
理事長 鹿児島 太郎

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	262,500	
税区分	課税対象外			8%対象	10%対象
税抜額合計				円	238,637
消費税及び地方消費税額					23,863
税込額合計(小計額)			円		262,500
総合計(請求金額)					262,500

令和 8 年度予防接種委託契約実施報告書（新型コロナウイルス感染症）

(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、新型コロナウイルス感染症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	9,300円	件	円
自己負担 無 (生活保護世帯)	15,300円	件	円
予診料（接種不可者）	3,201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8年度予防接種委託契約実施報告書（新型コロナウイルス感染症）

(令和 8 年 10 月分)

令和 年 月 日

例

所在地及び名称 鹿児島市●●▲丁目●番●号
●●法人 ●●会代表者氏名 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、新型コロナウイルス感染症予防接種委託業務を下記のとおり実施しましたので、委託料を請求いたします。また、生活保護世帯の委託料は、生活保護世帯であることを証明します。

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。

予防接種	件数	委託料（円）
自己負担 有	20件	186,000円
自己負担 無 (生活保護世帯)	5件	76,500円
予診料（接種不可者）	件	円
合 計	25件	262,500円

【感染症対策課確認欄】

受 付 印	確 認			
	課 長	係 長	係	照 合