

令和8年度 骨髄移植等によるワクチン再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)
5種混合	20,526円	件	円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	件	円
ヒブワクチン	9,406円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	件	円
麻しん・風しん混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	7,579円	件	円
風しん		件	円
2種混合	6,336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(9価)	27,001円	件	円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス(1価)	14,696円	件	円
ロタウイルス(5価)	9,669円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	円	件	円
その他()	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8年度 骨髄移植等によるワクチン再接種委託契約実施報告書

(令和8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 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
の規定に基づき、関係書類を添付し報告します。

記

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。

予防接種名	委託単価	件数	委託料 (円)
5種混合	20,526円	1件	20,526円
3種混合	6,127円	件	円
ポリオ	10,461円	件	円
BCG	13,046円	1件	13,046円
ヒブワクチン	9,406円	件	円
小児用肺炎球菌	15価	件	円
	20価	1件	12,386円
麻しん・風しん 混合	第1期	件	円
	第2期	1件	11,176円
麻しん	第1・2期	件	円
風しん	第1・2期	件	円
2種混合	6,336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 (9価)	27,001円	1件	27,001円
水痘	9,416円	件	円
B型肝炎	6,835円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,696円	1件	14,696円
ロタウイルス (5価)	9,669円	1件	9,669円
その他 ()	円	件	円
その他 ()	円	件	円
その他 ()	円	件	円
合計		7件	108,500円

【感染症対策課確認欄】

受付印	課長	係長	係	照合

(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 契約係長 2 代行	1 物品検収 2 履行確認	物品受領	<input checked="" type="radio"/> 歳 2 歳 入 還 3 歳 計 外 現 4 基 出 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 **骨髓移植等によるワクチン再接種委託料** (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

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 当 座		口 座 名 義
店	別 貯		フリガナ

内 訳 (1 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)					

(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 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	1 歳 2 歳 入 還 3 歳 計 外 現 4 基	会 計	01
	月 日	月 日		出 付 金 金	款
No.				契約番号	第 号

例

請 求 書

金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
				¥	1	0	8	5	0	0

件名 骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 (令和 8 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。

1 口座振替払(下記口座のとおり) 2

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 T 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

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。

金融機関名	種別	口座番号	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リジチヨウカゴシマタク
本店	当座 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)

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	108,500	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	98,637	
消費税及び地方消費税額				9,863	
税込額合計(小計額)			円	108,500	
総合計(請求金額)				108,500	