

令和6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	20,460円	件	円
4種混合	11,660円	件	円
3種混合	6,061円	件	円
ポリオ	10,395円	件	円
BCG	12,980円	件	円
ヒブワクチン	9,242円	件	円
小児用肺炎球菌	13価	件	円
	15価	件	円
麻しん・風しん混合	第1期	件	円
	第2期	件	円
麻しん	7,513円	件	円
風しん		件	円
2種混合	5,005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 (2価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (4価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	件	円
	キャッチアップ	件	円
水痘	9,350円	件	円
B型肝炎	6,769円	件	円
ロタウイルス (1価)	14,663円	件	円
ロタウイルス (5価)	9,636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6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 6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 電話番号)

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、報告書第6条の規定に基づき、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	20,460円	1件	20,460円
4種混合	11,660円	2件	23,320円
3種混合	6,061円	1件	6,061円
ポリオ	10,395円	1件	10,395円
BCG	12,980円	1件	12,980円
ヒブワクチン	9,242円	1件	9,242円
小児用肺炎球菌	13価	2件	24,640円
	15価	1件	11,660円
麻しん・風しん混合	第1期	1件	11,110円
	第2期	1件	11,110円
麻しん	7,513円	1件	7,513円
風しん		1件	7,513円
2種混合	5,005円	1件	5,005円
日本脳炎	第1期	1件	7,975円
	第2期	1件	7,150円
	特例 (1期・2期含む)	1件	7,150円
子宮頸がん (2価)	小6～高1	1件	16,775円
	キャッチアップ	1件	16,775円
子宮頸がん (4価)	小6～高1	1件	16,775円
	キャッチアップ	1件	16,775円
子宮頸がん (9価)	小6～高1	1件	26,928円
	キャッチアップ	1件	26,928円
水痘	9,350円	1件	9,350円
B型肝炎	6,769円	1件	6,769円
ロタウイルス(1価)	14,663円	1件	14,663円
ロタウイルス(5価)	9,636円	1件	9,636円
その他( )	円	1件	円
その他( )	円	1件	円
その他( )	円	1件	円
<b>合計</b>		9件	123,277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 6 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 3 歳 4 基	会計	01
月 日	月 日	出付 入還 計外 現金		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 骨髄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  
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	口座名義
銀行(金庫)	普通 当座 別貯			フリガナ
店				

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 6 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	<b>1</b> 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

**例**

請 求 書

金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
				¥	1	2	3	2	7	7

件名 骨髄移植等によるワクチン再接種委託料 (令和 6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)

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

鹿児島市長 下鶴 隆央 殿

電話 )

[ 口 ] 押印を省略する場合は、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ジチョウカゴシマタク
本店	当座別貯		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	123,277	
税区分	課税対象外		8%対象	10%対象	
税抜額合計			円	112,070	
消費税及び地方消費税額				11,207	
税込額合計(小計額)			円	123,277	
総合計(請求金額)				123,277	