

入札書

入札額

円(回収医療機関・薬局 1箇所当たり)

件名

令和8年度鹿児島市医療費助成金支給申請書回収等業務

鹿児島市契約規則を守り上記のとおり入札します。

令和 年 月 日

住所

商号又は名称

代表者氏名

電話

代理人住所

氏名

電話

契約担当者

鹿児島市長 殿

注) 入札金額は、契約希望金額の110分の100に相当する金額を記載すること。